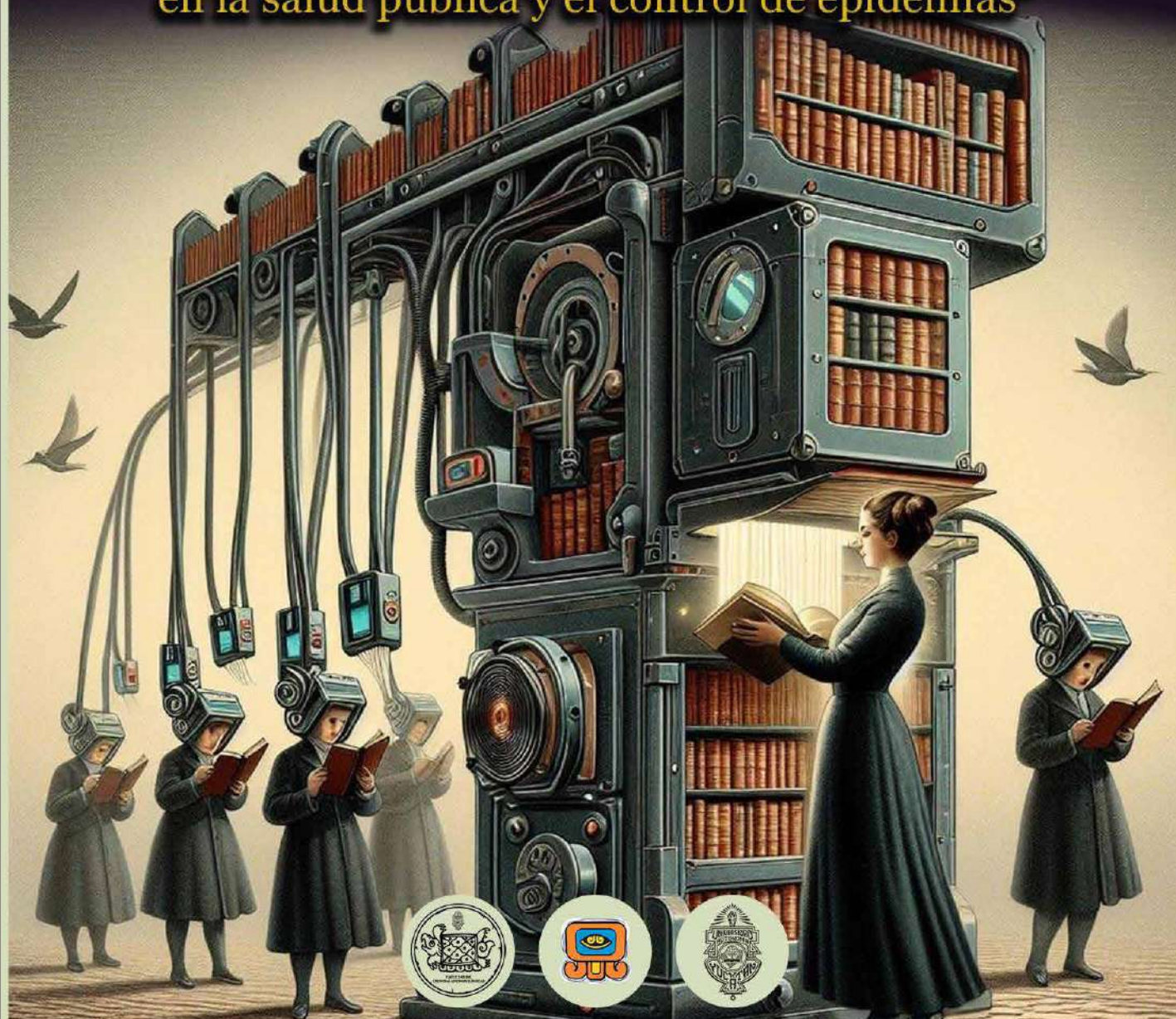


Antrópica

Revista de Ciencias Sociales y Humanidades

Dossier no. 11

“Custodias de la Salud. Historia de las Juntas de Sanidad en la salud pública y el control de epidemias”



FACULTAD DE CIENCIAS ANTROPOLÓGICAS. UADY

Antrópica. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades

Año 10, vol. 10, núm. 19 enero-junio 2024

Dossier no. 11

"Custodias de la Salud. Historia de las Juntas de Sanidad en la salud pública y el control de epidemias"



Antrópica. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades es una revista científica de ciencias sociales y humanidades en formato digital, semestral, fundada por estudiantes y profesores de la Facultad de Ciencias Antropológicas de la Universidad Autónoma de Yucatán. El primer número se publicó en 2015.

La publicación está dirigida a toda la comunidad científica y académica: estudiantes, profesores docentes, investigadoras e investigadores de los campos de la Antropología, Arqueología, Ciencias Políticas, Comunicación Social, Derecho, Economía, Filosofía, Historia, Literatura, Psicología y Sociología. La revista recibirá colaboraciones originales e inéditas, escritas en idioma español y que no estén siendo postuladas de forma simultánea en otras publicaciones, revistas u órganos editoriales.

Antrópica. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades, con el objetivo de fomentar el intercambio global del conocimiento y las ideas, permite el acceso a sus contenidos (tanto de texto como visuales) tanto para descargar, leer, copiar, imprimir y consultar. Si se utiliza algún contenido de forma completa o parcial, hay que citar su procedencia y respetar los derechos de autor.

Antrópica. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades es una publicación gratuita y no cobra cuotas por la publicación de sus artículos.

La opinión expresada por los autores no necesariamente refleja la postura del editor de la publicación. Queda estrictamente prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos e imágenes de la publicación sin previa autorización de la Facultad de Ciencias Antropológicas de la Universidad Autónoma de Yucatán.

ISSN: 2448-5241 Sitio

web: www.antropica.com.mx

Email: revista.antropica@gmail.com

La revista está incluida en los siguientes índices y bases de datos:



Información legal

ANTRÓPICA. REVISTA DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES, año 10, vol. 10, núm. 17, enero-junio 2024 es una publicación semestral editada por la Universidad Autónoma de Yucatán, México a través de la Facultad de Ciencias Antropológicas. Km. 1 Carretera Mérida-Tizimín, Cholul, C.P. 97305, Apartado Postal 1405, Correo Centro, Mérida, Yucatán. Tel.: +52 (999) 930 0090 Ext. 2118 <http://www.antropologia.uady.mx/revista/antropica/antropica.php>. Editores responsables: Gabriel Angelotti Pasteur. Número de reserva de derechos al uso exclusivo: 04-2018- 113011041100-203, ISSN 2448-5241, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Responsable de la última actualización, Rodrigo Vences Nava. Facultad de Ciencias Antropológicas., Km. 1 Carretera Mérida- Tizimín, Cholul, C.P. 97305. Fecha de última modificación, 4 de enero de 2024.

Transparencia

Los materiales e insumos necesarios para el proceso de trabajo y publicación (fotocopias, impresiones y papeles) y los mobiliarios (escritorio, teléfono, conexión a internet) son provistos por la UADY y la Facultad de Ciencias Antropológicas. Mientras que los electrónicos (computadoras, escáner, impresora, grabadoras digitales, proyector digital, cámaras de videograbación, cámaras fotográficas, tripies y otros accesorios) fueron adquiridos en proyectos financiados por PRODEP (Secretaría de Educación Pública) y CONACYT, en convocatorias distintas; estando todos ellos inventariados y resguardados por la UADY.

Además, la UADY brinda apoyo legal (mediante el departamento jurídico) y se responsabiliza por el pago para la renovación del nombre de la publicación ante INDEAUTOR. Mientras que la Facultad de Ciencias Antropológicas respalda técnicamente (mediante el departamento de computación) y aporta para el pago de la página web. Cualquier otro gasto adicional que pueda presentarse, en particular relacionados con la promoción y difusión de la publicación, pueden ser solventados por los integrantes del equipo técnico o el Director de la publicación.

Todos los envíos serán sometidos a una evaluación previa por parte del Comité Editorial, quien verificará que el envío cumpla con las Normas Editoriales y los metadatos en el OJS. En caso afirmativo, el trabajo será sometido a un proceso de dictamen conforme a la modalidad que corresponda a la sección enviada (simple o doble par ciego). Además, todos los artículos serán revisados mediante el programa Turnitin

Ilustración de la portada

La presente ilustración fue realizada por el director de la revista mediante el creador de imágenes de Bing.com. Al cual se le dio la indicación de realizar una imagen inspirada en la obra de Jean-Marc Côté (1900).

DIRECTORIO

MTRO. CARLOS ESTRADA PINTO
Rector de la Universidad Autónoma de Yucatán

DRA. ROCÍO LETICIA CORTÉS CAMPOS
Directora de la Facultad de Ciencias Antropológicas

DR. GABRIEL ANGELOTTI PASTEUR
Editor de la revista

CUERPO EDITORIAL

EQUIPO DE PRODUCCIÓN

MAQUETACIÓN
AURORA EUAN COUOH

CORRECCIÓN DE ESTILO
MTRO. GONZALO ROSADO GARCÍA (Universidad Autónoma de Yucatán)

SOPORTE TÉCNICO
MTRO. RODRIGO VENCES NAVA (Universidad Autónoma de Yucatán)

GESTIÓN EDITORIAL
B. ALESSANDRA SOLÍS PÉREZ (Universidad Autónoma de Yucatán)

COMITÉ EDITORIAL

DR. FRAUSTO OSCAR MARTÍNEZ
Universidad de Quintana Roo, Quintana Roo

DRA. PAOLA PENICHE MORENO
Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social
Unidad Peninsular, CIESAS. Mérida, Yucatán. México.

DR. JESÚS LIZAMA QUIJANO
Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social
Unidad Peninsular, CIESAS. Mérida, Yucatán. México.

DR. DAVID DE ÁNGEL GARCÍA
Centro Peninsular en Humanidades y Ciencias Sociales, Universidad Nacional
Autónoma de México (CEPHCIS), Mérida, Yucatán. México

DR. MARCO CALDERÓN MÓLGORA
El Colegio de Michoacán (COLMICH), Zamora, Michoacán. México

DRA. ELLA FANNY QUINTAL AVILÉS
Centro Yucatán del Instituto Nacional de Antropología e Historia (INAH), Mérida, Yucatán. México

DRA. MARGARITA ROSALES GONZÁLEZ
Centro Yucatán del Instituto Nacional de Antropología e Historia (INAH). Yucatán. México

DR. LUIS ESCALA RABADÁN
El Colegio de la Frontera Norte (COLEF), Tijuana, Baja California. México

DR. GUILLERMO ALONSO MENESES
El Colegio de la Frontera Norte (COLEF), Tijuana, Baja California. México

DR. CARLOS WELSH RODRÍGUEZ
Universidad Veracruzana. Departamento Centro de Ciencias de la Tierra. México.

COMITÉ ASESOR

DRA. SILVIA VALIENTE

Instituto Regional de Estudios Socio-culturales- IRES; CONICET.
Universidad Nacional de Catamarca (UNCA). Argentina

DR. LUIS ALBERTO SUÁREZ ROJAS

Departamento de Antropología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM), Lima, Perú.

DRA. EDNA M. RODRÍGUEZ GAVIRIA

Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia. Colombia

MTRA. GRACIA VIOLETA ROSS QUIROGA

Red Nacional de Personas con VIH en Bolivia (REDBOL), Bolivia

DR. JAIME ANDRÉS GONZÁLEZ GONZÁLEZ

Centro de Educación y Cultura Americana (CECA), Santiago, Chile.

DR. LUIS VÁZQUEZ LEÓN

Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social
Unidad Regional Occidente (CIESAS). Jalisco. México.

DRA. INÉS CORTÉS CAMPOS

Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social
Unidad Peninsular (CIESAS). Mérida, Yucatán. México

DR. ENRIQUE RODRÍGUEZ BALAM

Centro Peninsular en Humanidades y Ciencias Sociales, Universidad Nacional
Autónoma de México (CEPHCIS). Mérida, Yucatán.

DR. JESÚS SOLÍS CRUZ

Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. México

DR. JOEL FRANCIS AUDEFROY

Instituto Politécnico Nacional. México.

DR. RAYMUNDO PADILLA LOZOYA

Universidad de Colima, Facultad de Letras y Comunicación,
Licenciatura en Periodismo. Colima.

DRA. LOURDES ROMO AGUILAR

El Colegio de la Frontera Norte. Sede Ciudad Juárez (COLEF), Chihuahua. México.

DR. JUAN MANUEL RODRÍGUEZ ESTEVES

El Colegio de la Frontera Norte (COLEF), Tijuana, Baja California. México.

DRA. VANESSA VÁZQUEZ SÁNCHEZ

Museo Antropológico Montané, Facultad de Biología, Universidad de La Habana

DR. ARMANDO RANGEL RIVERO

Museo Antropológico Montané, Facultad de Biología, Universidad de La Habana.

Presentación



ÍNDICE

2024
ENERO - JUNIO

Antrópica. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades
Año 10, Vol. 10, Núm. 19 | ISSN:2448-5241

Carta editorial, índice y datos legales

11

Aniversario de Antrópica: una década de existencia y acceso libre
Anniversary of Antrópica: a decade of existence and open access
por Gabriel Angelotti Pasteur

Artículos académicos

19

La hermosa doncella maíz: una alianza matrimonial entre el campesino maya peninsular con su milpa
The beautiful corn maiden: a marriage alliance between the peninsular Mayan peasant with his corn crops
por Angélica Sobarzo Magallanes

43

El Tren Maya y sus procesos sociales: apuntes sobre los estudios de participación social y la promoción del turismo comunitario
The Tren Maya and its social processes: notes on social participation studies and the promotion of community based tourism
por Marco Enrique Almeida Poot

63

Ambientalismo y no gobernanza en la Reserva Ecológica Cuxtal, Mérida, Yucatán, México
Environmentalism and non-governance in the Cuxtal Ecological Reserve, Mérida, Yucatan, Mexico
por Wilian de Jesús Aguilar Cordero, Gerardo García Gil y Javier Enrique Sosa Escalante

75

Limitaciones y dificultades de académicas para ingresar o mantenerse en el Sistema Nacional de Investigadores
Academic limitations and difficulties to enter or remain in the National Researcher System
por Rocío Cortés Campos y Carmen Castillo Rocha

101

Historia de vida como experiencia y estrategia de investigación cualitativa, a propósito de la pandemia COVID-19
Life history as experience and qualitative research strategy, regarding the COVID-19 pandemic
por Luis Alberto Suarez Rojas y Gabriela Calvo

125

Crónica de una especiería muy particular
A grocer of a special kind
por Nicole Marie Anne Ooms Renard

Legado antropológico

149

In Memoriam Guillermo Alonso Meneses, “El Canario” (1964-2023): antropólogo, colega, amigo, hombre de familia
In Memoriam Guillermo Alonso Meneses, “El Canario” (1964-2023): Anthropologist, colleague, friend, family man
por Elina Norandi, Miguel Olmos Aguilera, Bricia Rivera Valencia, María José Iriarte Rodrigo, Luis Escala Rabadán, Nancy G. Utley García, Rafael Alarcón Acosta y Eva Palacios Pérez



Reseñas

179

Reseña del libro: REYES DOMÍNGUEZ, MARÍA DE GUADALUPE. (2022). Etnografía e investigación con niños. Debates contemporáneos. Ciudad de México, Pergamino Editora
Book review: REYES DOMÍNGUEZ, MARÍA DE GUADALUPE (2022). Ethnography and research with children. Contemporary debates. Mexico City, Pergamino Editora.
 por Ksenia Sidorova

185

Reseña del libro: CEJA ANDRADE, CLAUDIA (2022). La fragilidad de las armas. Reclutamiento, control y vida social en el ejército en la Ciudad de México durante la primera mitad del siglo XIX. México: El Colegio de México, El Colegio de Michoacán, Universidad Autónoma de Querétaro.
Book review: CEJA ANDRADE, CLAUDIA (2022). The fragility of arms. Recruitment, control and social life in the army in Mexico City during the first half of the nineteenth century. Mexico: El Colegio de México, El Colegio de Michoacán, Universidad Autónoma de Querétaro.
 por Fernando M. Jiménez

Dossier

201

Presentación dossier: Custodias de la Salud. Historia de las Juntas de Sanidad en la salud pública y el control de epidemias
Custodians of Health. History of the Boards of Health in public health and epidemic control
 por Paola Peniche Moreno

225

La Génesis del Proyecto Sanitario Liberal en Yucatán: Juntas de Sanidad y Comisiones de Policía Sanitaria en el Siglo XIX
The Genesis of the Liberal Sanitary Project in Yucatan: Sanitary Boards and Sanitary Police Commissions in the 19th Century
 por Paola Peniche Moreno

259

Epidemias y medicalización en una sociedad colonial: las Juntas de Sanidad en Honduras Británica, 1882-1920
Epidemics and medicalization in a colonial society: the Boards of Health in British Honduras, 1882-1920
 por Daniel Méndez Encarnación

297

Vigilar y controlar: la importancia de las recaudaciones de la Junta Superior de Sanidad sobre las prostitutas de Yucatán, 1891-1915
Monitoring and controlling: the importance of the the Superior Board of Health's collections on prostitutes in Yucatán, 1891-1915
 por Evelia Magaña

319

Las Juntas Auxiliares de Sanidad y la salud pública en el espacio rural de Yucatán durante la Posrevolución
The Auxiliary Boards of Health and public health in rural Yucatan during the post-revolutionary period
 por Inés Cortés Campos





Presentación Dossier: Custodias de la Salud. Historia de las Juntas de Sanidad en la salud pública y el control de epidemias

Custodians of Health. History of the Boards of Health in public health and
epidemic control

Paola Peniche Moreno

CIESAS, Unidad Peninsular (México)

<https://orcid.org/0000-0001-8604-2954>

ppeniche@yahoo.com

Recibido: 28 de septiembre de 2023.

Aprobado: 26 de diciembre de 2023.

Las Juntas de Sanidad emergieron como entidades políticas establecidas por los Estados Nacionales con el propósito de gestionar, organizar y tomar medidas en relación a los intereses colectivos en el ámbito de la salud. Su relevancia se forjó a partir del reconocimiento político y económico de la importancia del bienestar y la vida de la población, conceptos que adquirieron prominencia durante la Ilustración. Este es el tema central que vincula a los artículos presentados en este dossier. A lo largo de cuatro trabajos basados en fuentes originales, exploramos la intrincada relación histórica entre política y salud en los siglos XIX y XX.

Explorar el cruce entre política y salud pública a través del análisis de las Juntas de Sanidad es pertinente, en la medida en que contribuye a la comprensión del establecimiento de la estructura institucional de la salud pública, y su vinculación con el proyecto político liberal que se expandió por Occidente en el siglo XIX. Al estudiar el desarrollo histórico de las Juntas de Sanidad en diversos contextos, se descubre cómo el higienismo fue promovido mediante mecanismos institucionales y en qué forma se adaptó a las distintas realidades latinoamericanas.

Además, este enfoque nos proporciona una visión más profunda del papel desempeñado por la salud pública en la configuración de los estados nacionales y en el fortalecimiento de la economía capitalista. Esto incluye explorar las conexiones de dependencia y subordinación con las potencias hegemónicas en el contexto del imperialismo europeo y norteamericano. En última instancia, investigar el desarrollo histórico de las Juntas de Sanidad nos permite conocer el impacto de estas instituciones en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la respuesta ante brotes epidémicos.

Antecedentes

El resultado de este dossier es el fruto de un esfuerzo colaborativo llevado a cabo por los autores, a lo largo de casi una década, en el campo de la investigación histórica y antropológica relacionada con los procesos de salud, enfermedad, atención y prevención. Durante estos poco más de diez años, hemos participado en diferentes espacios de discusión académica que, particularmente en el último quinquenio, nos han brindado la oportunidad de intercambiar y debatir lecturas teóricas, metodológicas e historiográficas en relación con procesos que han despertado nuestro interés.

Uno de esos espacios es el curso “Historia de la Salud Pública”, diseñado y coordinado por Paola Peniche e Inés Cortés desde el CIESAS. Este curso ha tenido dos ediciones, en 2021 y 2022, reuniendo a colegas de diversas nacionalidades e instituciones de América Latina. Su objetivo fue examinar el surgimiento y desarrollo de la salud pública occidental moderna, que se originó en Europa durante la Ilustración y se propagó a lo largo de los siglos XIX y XX, extendiéndose a las colonias europeas en todo el mundo. Este modelo contribuyó a perfilar el enfoque de salud pública que encontramos en nuestras sociedades contemporáneas. A lo largo de 14 sesiones divididas en cuatro unidades, el curso se enfocó en el estudio de los procesos históricos que llevaron al surgimiento de la salud pública como una práctica colectiva centrada en una noción específica de enfermedad: la biomédica. Para lograrlo, se abordó la historicidad de los fenómenos de salud y enfermedad a nivel colectivo, se analizaron los orígenes y las características de los paradigmas más influyentes en el campo de la salud pública y se reflexionó sobre el papel desempeñado por los procesos de hegemonía, dominación y poder en la construcción histórica de la salud pública.

Otro antecedente académico de este dossier es el seminario titulado “Medicalización: Procesos Socio-Históricos y Culturales,” que actualmente está en curso (septiembre de 2023) y es coordinado por Inés Cortés y Evelia Magaña. Este seminario está vinculado a la Subdirección de Docencia del CIESAS, e integra a profesores y alumnos de diferentes posgrados de la institución, como el doctorado en antropología de la Unidad Sureste (Chiapas), y la maestría y el doctorado en Historia de la Unidad Peninsular (Yucatán). A lo largo de ocho sesiones, de un total de quince, hemos focalizado el papel de la hegemonía y el poder, hemos debatido el concepto de medicalización para la realidad latinoamericana; también hemos estudiado el surgimiento de las especialidades médicas como formas específicas de control biomédico sobre grupos sociales particulares; hemos analizado las formas diversas de legitimación de la biomedicina; y hemos identificado las configuraciones sociales que han posibilitado la hegemonía del saber biomédico y su expansión como forma dominante de comprender los procesos de salud/enfermedad/atención/prevención.

El tercer ámbito que consideramos relevante mencionar es el de la investigación colectiva. Desde que comenzamos a colaborar, junto con investigadores de la Universidad Autónoma de Yucatán y –recientemente- con colegas de CentroGeo, hemos formalizado dos proyectos de Ciencia de Frontera CONAHCyT, centrados en analizar aspectos sociohistóricos y contemporáneos relacionados con los procesos de salud, enfermedad y atención. El primer proyecto inició en 2015 y tuvo como objetivo examinar la construcción y el desarrollo de los sistemas de salud en el área maya de Yucatán, así como identificar las variables sociales e históricas que intervinieron en ese proceso a partir del siglo XIX. Entre sus resultados, pudimos dimensionar a largo plazo el papel central en la región de las enfermedades transmitidas por el mosquito *Aedes aegypti* (fiebre amarilla, dengue, chikungunya y zika), considerándolas como parte de un continuum histórico, a pesar de que, históricamente, la salud pública las haya abordado de manera fragmentada.

El segundo proyecto comenzó en el año 2023 y tiene como objetivo investigar los fundamentos sociales e históricos de la medicalización en contextos de vulnerabilidad socioeconómica en el sureste mexicano. Partimos de la paradoja resultante del hecho histórico de que la atención biomédica reporta beneficios tanto individuales como colectivos para la salud. Sin embargo, cuando interactúa con diversas formas de vulnerabilidad social, que determinan su aplicación parcial o fragmentada, estos beneficios se diluyen, exponiendo a la población a mayores riesgos.

La institución que nos ha brindado cobijo para llevar a cabo este trabajo colaborativo es la Unidad Peninsular del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), ubicada en Yucatán, México. Esta adscripción institucional ha tenido un impacto significativo en nuestro trabajo de diversas formas, y parte de esta influencia se refleja en este dossier, aunque no se manifieste de manera explícita en los artículos. Nos referimos a la influencia teórica de la antropología en general, y de la antropología médica en particular, en la manera en que abordamos los procesos sociohistóricos relacionados con la salud y la enfermedad. Esto, sin renunciar a la rigurosidad y la perspectiva crítica que hemos aplicado utilizando las herramientas proporcionadas por la disciplina histórica.

Durante varias décadas, el CIESAS ha destacado como un centro de referencia en el desarrollo de la etnohistoria en México y América Latina. Investigadores destacados de esta institución, como Jan De Vos (2002, 2004), Juan Manuel Pérez Zevallos (2001) y Teresa Rojas Rabiela (1981, 1994), entre muchos otros, han contribuido con investigaciones y enfoques metodológicos originales que exploran la intersección entre la historia y la antropología. Así, se ha consolidado una línea de investigación que recurre a la antropología y la historia para conocer la cultura y las relaciones sociales de los grupos indígenas de México. Gracias a que el CIESAS ha constituido un espacio académico abierto y receptivo, se

han formado generaciones de historiadores con una perspectiva antropológica, y generaciones de antropólogos que acuden a los archivos para abordar cuestiones históricas. Los autores de este dossier compartimos esta herencia, aunque dirigimos nuestro interés hacia el ámbito de la salud. También nos ha influido la contribución del CIESAS en el desarrollo de la antropología médica, forjando desde la década de 1980 una aproximación multidisciplinaria y crítica a la comprensión de las complejas dinámicas de la atención, la producción, reproducción y percepción de la enfermedad, y la promoción de la salud en contextos diversos.

Partiendo de estos dos referentes, es decir, la etnohistoria (¿o en este caso deberíamos decir antropología histórica?) y la antropología médica, nuestro interés se ha centrado en abordar los procesos históricos relacionados con la salud y la enfermedad, así como en analizar el fenómeno histórico de la expansión hegemónica de la biomedicina. En otras palabras, nuestro enfoque común es el abordaje antropológico de problemas históricos. Esto significa que interrogamos antropológicamente al pasado, pero lo documentamos históricamente.

Documentar históricamente el pasado implica que la crítica de fuentes juega un papel de suma importancia, si no central, en nuestros procesos de análisis. En los textos escritos por historiadores, es común hallar numerosas citas a pie de página, donde, además de las referencias de archivo y bibliografía requeridas, construimos explicaciones adicionales que, como metatexto, nos ayudan a ponderar los testimonios. Sin embargo, al enfrentarnos al desafío de publicar en una revista digital y multidisciplinaria, como *Antrópica*, nos vimos ante la necesidad de suprimir las notas a pie para transformarlas en citas en formato APA. Sin embargo, algunos de nuestros artículos en su versión inicial, típicos de historiadores, llegaban a tener más de 60 notas a pie de página.

Buscamos adaptarlas al formato solicitado, pero debido a nuestra necesidad de proporcionar información detallada al citar documentos de archivo, notamos que su inclusión entre paréntesis en el texto interrumpía la fluidez de la lectura. Luego de debatirlo con la Redacción de la revista, nos otorgaron la libertad de idear una estrategia que nos permitiera mantener las condiciones metodológicas de nuestros trabajos y, al mismo tiempo, cumplir con los requisitos editoriales de la revista. Optamos por presentar un listado de todos los documentos utilizados en un apartado independiente titulado “fuentes primarias”. Estas fuentes se ordenaron alfabéticamente y se numeraron correlativamente. En el texto, empleamos estos números como citas entre paréntesis. Esta estrategia no solo agilizó la lectura, sino que también nos permitió incluir la variedad y diversidad de documentación utilizada, referenciándola adecuadamente en todos los casos, sin omitir ningún dato que consideramos fundamental para documentar el pasado.

Ahora bien, para interrogar antropológicamente al pasado reconocemos la influencia de la teoría antropológica en nuestros procesos cognitivos y analí-

ticos. Esta se resume en tres perspectivas que, a manera de premisa, atraviesan nuestro trabajo individual y colectivo: el enfoque relacional y configuracional de Norbert Elias (1996), las interconexiones globales propuestas por Erick Wolf (1987) y la historicidad del proceso de salud, enfermedad y atención desarrollada por Eduardo Menéndez (1981, 2009).

El enfoque configuracional de Norbert Elias (1996) sugiere que debemos analizar las sociedades como configuraciones complejas y dinámicas en lugar de elementos aislados, y su enfoque relacional enfatiza que las relaciones sociales son fundamentales para comprender el funcionamiento de las sociedades y sus dinámicas de poder. Elias ve la formación del Estado como un proceso gradual de centralización del poder; y el poder como un concepto relacional, donde la autoridad se establece a través de interacciones sociales. Estas ideas nos han llevado a explorar las conexiones entre el desarrollo de la salud pública y la formación del Estado, ambos procesos caracterizados por una gradual centralización del poder y el control de la población a través de la atención médica y la salud de la población.

En ese mismo sentido, hemos reflexionado sobre los procesos epidémicos y su relación con las configuraciones sociales en las que se originan. Nos ha interesado comprender, por ejemplo, cómo la peste se vincula con la transición entre la Baja Edad Media y el surgimiento del mercantilismo (Porter, 2005; Bourdelais, 2006; Rosen, 2015), de qué manera la expansión europea devastó a las sociedades nativas de América mediante la viruela y el sarampión (Cook y Lovell, 2000; Livi Bacci, 2006; Malvido, 2008), y cómo la fiebre amarilla en los siglos XIX y XX se relaciona con la proliferación de puertos, la urbanización, las migraciones y las guerras (Curtin, 1998; Espinosa, 2006; Gaitors, 2018), así como el cólera con la expansión del liberalismo político y económico de Occidente hacia el mundo (Bourdelaís, 2006; Peniche, 2016). Además, consideramos que la perspectiva de Elías nos ofrece una lente para examinar los mecanismos de centralización del poder en la gestión de la salud pública mediante la implementación de normativas, regulaciones y sistemas de atención. De manera similar, nos ayuda a analizar cómo esta centralización ha transformado las relaciones sociales y de poder en el ámbito de la salud y la enfermedad.

Otro enfoque que ha sido orientador para nosotros es el propuesto por el antropólogo Eric Wolf en su libro “Europa y la gente sin Historia” (1987). Wolf sostiene que la historia de las sociedades no occidentales no debe ser analizada de forma aislada, sino en relación con el contexto global y las interconexiones que se tejieron desde el siglo XVI a partir de la expansión del capitalismo arcaico. Para comprender plenamente la historia de las sociedades no occidentales, Wolf plantea examinar las interconexiones globales, las redes comerciales, las relaciones de poder y las influencias culturales que han dado forma a su desarrollo a lo largo del tiempo.

Al retomar el enfoque de Wolf, podemos comprender, por ejemplo, cómo las prácticas biomédicas y la salud pública en América Latina y el Caribe se han visto influenciadas por las conexiones globales tejidas tanto a nivel político como económico. Esto abarca el impacto de la colonización, la trata de seres humanos, el comercio internacional y la difusión de conocimientos médicos a través de redes globales.

Hemos debatido la importancia de explorar cómo las relaciones históricas de poder entre países occidentales y América Latina y el Caribe han influido en la adopción de enfoques biomédicos, políticas de salud pública y la interacción con otros saberes médicos (Bashford, 2004; Sutter, 2007; Murgía et.al, 2016; Cueto, 1995, 2013; Hogarth, 2017). Sin embargo, al pensar desde países históricamente subordinados (como México), creemos que también es importante investigar las transacciones entre saberes, prácticas y formas de organización que existían antes de la expansión de la medicina científica, para conocer procesos más complejos de resistencia, adaptación, integración y subordinación. Es decir, la propuesta de Wolf nos hace pensar en cómo los modelos médicos de los “pueblos sin historia”, lejos de ser estáticos o primitivos, desde el siglo XVIII se han desarrollado en interacción con la medicina científica, y en el marco de relaciones sociales, económicas y políticas del contexto global marcado por la expansión del capitalismo industrial.

El tercer enfoque antropológico al que hemos hecho referencia proviene de la antropología médica, específicamente del trabajo de Eduardo Menéndez (1981, 1992, 2009). Dos conceptos fundamentales de su obra han sido de gran relevancia para nosotros. En primer lugar, su conceptualización del “Modelo Médico Hegemónico,” que se refiere a un “conjunto de prácticas, conocimientos y teorías desarrollados por la medicina científica desde finales del siglo XVIII. Este modelo ha logrado subordinar y desplazar las prácticas, conocimientos e ideologías previamente dominantes en las sociedades, legitimándose como la única forma de abordar la enfermedad, respaldada tanto por criterios científicos como por el Estado” (Menéndez, 1992, p. 108). Esta definición sugiere muchas preguntas que consideramos pertinentes en el campo de la historiografía:

En primer lugar, el momento en el que emergió esta forma de entender y atender la salud y la enfermedad, es decir, a finales del siglo XVIII, plantea la necesidad de comprender de manera integral este fenómeno como parte del complejo entramado de relaciones que experimentaban profundos procesos de transformación en esa época, principalmente de índole política y económica, pero también cultural y científica. También, nos invita a reflexionar en torno a los procesos y mecanismos de subordinación de las prácticas y conocimientos distintos a los de la medicina científica. La obra de Menéndez ha revelado que la relación entre hegemonía y subalternidad implica la existencia de relaciones de poder que operan de manera estructural en las sociedades; por lo tanto, explorar estos

mecanismos significa analizar el poder desde una perspectiva histórica. Siguiendo esta línea de pensamiento, también nos incita a considerar los mecanismos de legitimación y los procesos de apropiación por parte de los actores sociales.

En segundo lugar, Menéndez define la salud pública como un “sector político-técnico del Estado” que emplea conocimientos científicos y técnicos según sus capacidades y las condiciones económico-políticas vigentes (Menéndez, 1992, p. 105). Esa definición tiene intrínseca una profundidad histórica, dado que las condiciones económicas y políticas son dinámicas y se encuentran en constante evolución. Así, a los investigadores dedicados a la historia de la salud pública, se nos plantea la tarea de investigar y documentar las formas en que opera ese sector político-técnico en correlación con la evolución del estado, de los mercados y de la geopolítica internacional.

Individualmente, cada uno de los autores que contribuimos en este dossier tenemos investigaciones más extensas de las cuales se derivan los trabajos que ahora nos unen. Quien esto escribe (Paola Peniche) investiga la relación entre salud pública y biomedicina a partir de los modelos de control y vigilancia epidemiológica contra la fiebre amarilla en México entre 1840 y 1960. Evelia Magaña cuenta con una investigación en curso sobre la construcción en torno a lo femenino desde la perspectiva médica en Yucatán entre 1891 y 1926. Daniel Méndez, por su parte, trabaja en el estudio del comercio del opio en Honduras Británica entre 1882 y 1936. Inés Cortés investiga las políticas de salud dirigidas a la atención de pueblos indígenas, centrándose en el caso de las auxiliares de salud en el medio rural en Yucatán, con un trabajo en curso sobre farmacopea y medicalización también entre población maya.

Tendencias actuales en el estudio histórico de las Juntas de Sanidad

En la década de 1950, George Rosen propuso una reevaluación de la historia de la salud pública con el propósito de captar cómo esta reflejaba su contexto social e histórico. En su intento de elucidar la diferencia entre la salud pública y la policía médica, Rosen postuló una relación intrínseca entre la policía médica y el cameralismo y mercantilismo, en particular en la Alemania de los siglos XVII y XVIII. Al considerar al cameralismo y a la policía médica como manifestaciones subordinadas a las dinámicas políticas y económicas de antiguo régimen, concluyó que la policía médica encarnaba una forma de gobierno centralizada y despótica, en contraposición con las formas de democracia liberal relacionadas con el desarrollo del capitalismo industrial, especialmente en Inglaterra (Rosen, 1953, 1957, 1974).

Tras la perspectiva de Rosen, el desarrollo de la historia de la medicina y la salud pública ha demostrado que este contraste entre la policía médica, ligada a un sistema despótico, y la salud pública, vinculada con el liberalismo político

y económico, no fue así de rígido como suena; en realidad, se trataba de dinámicas flexibles que se adaptaron a diferentes contextos, coexistiendo en muchas ocasiones. No obstante, el trabajo de Rosen tuvo una influencia sustancial en la historiografía al plantear una conexión inherente entre la política, la economía y la salud pública (Caroll, 2002).

En la década de 1970 Michell Foucault puso de nuevo sobre relieve la vinculación entre política, economía y salud pública. En su obra, plantea que la relación entre el Estado y la salud pública ha experimentado una evolución a lo largo de la historia, en respuesta a los cambios en las dinámicas de poder y las formas de gobierno. En tiempos premodernos, por ejemplo, la inquietud por la salud pública estaba estrechamente ligada a la soberanía del monarca y al control poblacional. Sin embargo, con la llegada de la modernidad, se produjo un giro en la perspectiva de la salud pública. Foucault señala que en el siglo XIX el Estado comenzó a ejercer una intervención más directa en la vida de los ciudadanos, y adoptó la responsabilidad de regular la salud de manera sistemática. Esta transición marcó el inicio de lo que conocemos como Salud Pública moderna, donde la salud se percibió como un asunto colectivo inseparable del rol del Estado (Foucault, 1996, 2007, 2012).

Dicho cambio fue patente en naciones inmersas en profundas transformaciones políticas, como Francia, España o Inglaterra. En esos lugares, comenzó a surgir la idea de que las cuestiones de salud tenían un componente tanto político como económico, y, por lo tanto, necesitaban ser gestionadas por el ámbito público. Como resultado, la salud y las enfermedades dejaron de ser consideradas únicamente como problemas individuales para ser abordadas como asuntos que impactaban en la riqueza y el poder de una nación (Blasco, 1991; Jori, 2013).

La relación entre salud pública y política se ha manifestado en momentos de profundos cambios históricos, como ocurrió en las Cortes de Cádiz. En este contexto, la salud y el bienestar de la población se convirtieron en temas centrales durante los debates sobre la configuración del Estado desde una perspectiva institucional y legal (Hernández, 2015). Un ejemplo más de esta interacción se encuentra en la historia de México, durante el gobierno de Porfirio Díaz. En este período, se observa una conexión entre el creciente control estatal sobre cuestiones de salud y su utilización con fines políticos para ejercer un mayor control sobre la población (Carrillo, 2002). También es un caso ilustrativo el de Quebec, donde se puede apreciar cómo el Estado fortaleció y amplió su autoridad en materia de salud en respuesta a oleadas migratorias ocurridas en la segunda mitad del siglo XIX. Este fenómeno coincidió con la industrialización de la ciudad y la transición de la vida rural a un estilo de vida urbano. Como resultado, el Estado asumió la responsabilidad de proporcionar atención médica tanto a inmigrantes como a ciudadanos locales frente a las graves epidemias que surgieron en ese contexto (Desrosiers, 1984).

Otra tendencia en los estudios históricos sobre la salud pública ha sido el análisis de la estructuración del poder y la asignación de responsabilidades sanitarias en el proceso de formación de los estados nacionales en el siglo XIX. Durante los primeros cincuenta años de ese siglo, esta estructuración siguió dos direcciones diferentes. Una de ellas, promovida por la Revolución Francesa y las Cortes de Cádiz, y posteriormente adoptada por países que habían sido colonizados por España y Francia, descentralizó las reformas sanitarias al otorgar un papel destacado a las municipalidades, mientras centralizaba la atención a emergencias a través de las Juntas Generales de Sanidad, siguiendo un modelo similar al que se había practicado en la monarquía absolutista de los Borbones en el siglo XVIII (Blasco, 1991; Murard et Zylberman, 1986, 1993; Varela, 1998; Bourdelais, 2007; Jori, 2013; Hernández, 2015). Este enfoque se aplicó en lugares como Cuba, México, Quebec y algunas áreas del Caribe francés, como Martinica o Guadalupe (Desrosiers, 1984; Rodríguez, 2001; Fierros, 2014; Leti, 2019; Lafleur, 2020).

La otra dirección fue favorecida por Inglaterra, que, antes de las reformas impulsadas por Chadwick en la década de 1840, carecía de una autoridad centralizada. En su lugar, en algunos sitios existían instancias locales encargadas de supervisar y gestionar asuntos relacionados con la salud pública en sus respectivas jurisdicciones. Estas juntas a menudo se establecían en ciudades o áreas estratégicas como puertos, y tenían cierta autonomía para tomar medidas relacionadas con la salud y la higiene. Este enfoque se implementó en lugares como los Estados Unidos, Montreal, Jamaica y otros lugares del Caribe británico (Kramer, 1950; Warner, 1984; Gorsky, 2007; Osborne, 2008; Pemberton, 2012).

A partir de la segunda mitad del siglo XIX, con el movimiento sanitarista británico como punto de inflexión, se observó una creciente tendencia hacia la centralización en varios países. Este cambio coincidió con una serie de fenómenos, como el auge del higienismo, la industrialización, la migración y la expansión de los mercados. Además, es fundamental tener en cuenta que las pandemias de cólera en la primera mitad del siglo XIX habían evidenciado las limitaciones de las autoridades locales para gestionar las crisis sanitarias. En Europa, la centralización política y administrativa de la salud pública buscaba mitigar los impactos negativos de la industrialización, la urbanización y el empobrecimiento de la clase obrera, así como también prevenir los devastadores efectos de las epidemias (Murard et Zylberman, 1986; Baldwin, 1999; Porter, 2005; Bourdelais, 2006, 2007).

Sin embargo, el motor de la centralización de la salud pública en los países sujetos a procesos de colonización o dominación política y económica, fue otro. Se buscaba favorecer los intereses comerciales y geopolíticos de las potencias imperialistas, al igual que a las élites locales que buscaban legitimación y reconocimiento político (Carrillo, 2002; Agostoni, 2003; Hochman, 2016; Cassells,

2022). Por ejemplo, en el caso de los Estados Unidos de América del Norte, se ha estudiado la creación de la Junta Nacional de Salud como respuesta a las epidemias recurrentes y devastadoras de fiebre amarilla que azotaron el sur del país en la década de 1870. El punto de partida de esta iniciativa era preservar tanto la salud de la población como la integridad de los puertos estratégicos del Atlántico, como Nueva Orleans y Nueva York. Sin embargo, en un lapso muy breve, la Junta Nacional de Salud amplió su alcance más allá de los puertos, dado que el país experimentó una rápida transformación: pasó de ser una nación agraria con comunidades rurales aisladas a convertirse en una potencia industrial con grandes metrópolis y una extensa red ferroviaria (Warner, 1984; Jerrold, 2011).

Mientras la Junta Nacional de Sanidad de los Estados Unidos se esforzaba por supervisar los puertos con el fin de prevenir nuevos brotes de fiebre amarilla, Cuba continuaba siendo un territorio endémico de esta enfermedad, lo que representaba un riesgo constante. Según Espinosa (2006), el interés de Estados Unidos de proteger sus intereses comerciales fue uno de los principales motores de su intervención en Cuba. Esto se debía a que los casos de fiebre amarilla que desencadenaban devastadoras epidemias siempre provenían del puerto de La Habana. Por lo tanto, la salud pública se militarizó rápidamente y desempeñó un papel central en las actividades de ocupación estadounidense en Cuba. Esta militarización de la salud pública en la isla contó con la colaboración de la élite local. Después de la independencia de España, esta élite orientó la exportación de sus productos agrícolas hacia los mercados dominados por Estados Unidos. Además, la salud pública se convirtió en uno de los requisitos impuestos por el dominio imperialista para reconocer la independencia de la isla.

Otro eje que ha seguido la investigación sobre política y salud pública se centra en los procesos de urbanización y gestión local. La historiografía ha demostrado que a partir del siglo XVIII, los ayuntamientos y cabildos de las ciudades aplicaron localmente los principios del higienismo, convirtiendo los espacios urbanos en objetos de medicalización (Foucault, 1996). Esto fue a través de las figuras de las Juntas de Sanidad y las Comisiones de Policía. De esta manera, la administración política transformó de manera radical los espacios públicos y la forma en que se habitaban. Las ciudades, junto con los puertos, fueron los primeros espacios comunes en los que intervino la salud pública.

Para prevenir enfermedades, las autoridades sanitarias en las ciudades se enfocaron en controlar la acumulación y descomposición de desechos orgánicos, como la basura y los cadáveres. Esto llevó al traslado de los cementerios hacia la periferia de las ciudades y al control de la circulación y la calidad del agua y el aire. Se implementaron diversas medidas, como la apertura de amplias avenidas en el espacio urbano, la construcción de puentes y, en regiones tropicales como Yucatán, la desecación de pantanos. Además, se reorganizaron fuentes de agua, sistemas de desagüe y áreas de lavado con el objetivo de preservar la salud de la

población. También se llevaron a cabo cambios en la organización y control de espacios comunes, como calles, osarios y mataderos. Estas intervenciones de las autoridades locales en los entornos urbanos tuvieron un profundo impacto en la evolución de las ciudades, mejoraron la calidad de vida de sus habitantes y contribuyeron a la reducción de la mortalidad en los entornos urbanos de Europa y América (Woods, 1989; Murard et Zylberman, 1993; Fraile, 1998; Bravo, 2001; Oliver, 2003; Kingman, 2006; Jori, 2012, 2013).

El caso de la península de Yucatán ha recibido una atención limitada en la investigación, con excepción de tres textos que exploran la evolución de la estructura política de la salud pública en la región a partir de la segunda mitad del siglo XIX. En primer lugar, aunque el libro “Poder, estratificación y salud: Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán” de Eduardo Menéndez (1981) se considera un clásico en el campo de la antropología médica, también representa una valiosa contribución al estudio histórico de la salud pública en el estado, ya que analiza los procesos interrelacionados de estructuración socioeconómica, enfermedad y servicios de salud entre 1850 y 1980.

Por otro lado, el libro de Heather McCreea (2010) denominado “Diseased Relations: Epidemics, Public Health and State Building in Yucatán 1847-1924” examina la política de salud pública en Yucatán desde el estallido de la Guerra de Castas hasta el final del período socialista en Yucatán. La autora sitúa al estado como un punto clave en la fuerza laboral internacional y la economía global debido al auge del henequén. En esta línea, aborda la salud pública como una arena política donde se desplegó una compleja correlación de fuerzas entre los diferentes sectores de la sociedad de la época.

Finalmente, el texto “Medicine on the Periphery: Public Health in Yucatán, 1870-1960” de David Sowell (2015) parte del supuesto de que el estado representó una periferia en lo que respecta a la estructuración política de la salud pública. Para respaldar esta hipótesis, documenta las tensiones entre las autoridades locales y federales a lo largo de este proceso histórico. Es importante destacar que estos planteamientos no necesariamente se contraponen, sino que corresponden a diferentes momentos temporales. McCreea (2010) sugiere que la centralidad de Yucatán se debió a su papel como proveedor de materia prima durante el auge del henequén entre 1870 y 1914, mientras que Sowell (2015) argumenta que el carácter periférico de Yucatán se reforzó después de la crisis henequenera, especialmente durante las políticas nacionalistas del cardenismo.

La historiografía sobre la salud pública en Honduras Británica es aún más limitada que la existente sobre Yucatán. Se encuentran escasos trabajos, como el de Hermann (1980), que documenta los primeros esfuerzos en la prestación de servicios de salud y las influencias en la evolución de la atención médica durante el siglo XIX, o los de Macpherson (2003, 2009), que se centran en la configura-

ción de las mujeres negras como nuevos sujetos políticos a través de su participación como enfermeras en la Cruz Negra. Sin embargo, es importante señalar que ninguno de estos trabajos profundiza en el proceso de formación de la esfera de la salud pública colonial.

En resumen, las tendencias en la investigación histórica sobre las Juntas de Sanidad se basan en el reconocimiento de una correlación entre las estructuras políticas, las estructuras económicas y la salud pública. Como fenómeno histórico, la salud pública se considera un subproducto de la formación de los estados nacionales, estrechamente relacionada con la industrialización, la urbanización y la apertura de los mercados. Por lo tanto, podemos identificar tres líneas principales en esta investigación. La primera establece una conexión entre las estructuras políticas y los sistemas de salud. La segunda línea se enfoca en la distribución del poder y la asignación de responsabilidades en el ámbito de la salud pública. En este contexto, destacan dos aspectos: los procesos de municipalización y el desarrollo del constitucionalismo liberal en el siglo XIX. La tercera línea de investigación se concentra en el proceso de urbanización y la gestión local de la salud pública.

Dentro de este desarrollo historiográfico, encontramos cuestiones clave que aún no han sido completamente exploradas, pero consideramos que poseen un gran potencial para explicar el desarrollo de la salud pública como un fenómeno político relacionado con procesos desencadenados en el siglo XIX, pero que todavía pueden considerarse como aspectos en evolución. Las cuestiones clave a las que nos referimos incluyen, por ejemplo, las interconexiones globales, los procesos de federalización de las políticas y estructuras sanitarias, así como la fiscalización y los recursos públicos destinados al funcionamiento de la sanidad. Los artículos incluidos en este volumen contribuyen en estos sentidos, revelando algunas de las relaciones históricas que se tejieron entre las políticas coloniales, la economía y la administración de la salud pública a través de las Juntas de Sanidad y la burocracia sanitaria.

Al comenzar a investigar estas cuestiones, observamos que las potencias hegemónicas ejercieron una influencia dominante en la creación y organización de las Juntas de Sanidad en las regiones colonizadas. ¿Fueron estas juntas establecidas con el propósito de salvaguardar la salud de las poblaciones locales o, más bien, para asegurar la salud de los colonizadores y la continuidad de la explotación económica? La historia de la salud pública colonial ha planteado esta interrogante, pero ha prestado poca atención a cómo las juntas de sanidad podrían haberse estructurado, considerando esta contradicción entre intereses locales y extlocales (Larry, 1999; Peard, 1999; Hochman y Armus, 2004; Barros et.al, 2009; Espinosa, 2009; Chakrabarti, 2014; Amador, 2015; Downs, 2021).

Otro aspecto relevante para la investigación histórica es la transferencia de conocimientos médicos y técnicas sanitarias desde las metrópolis a las colonias a través de la burocracia sanitaria. En último término, consideramos que en los países subordinados o dependientes, como continuó siendo México después de la independencia de España, resulta fundamental incorporar las variables de la diversidad étnica y cultural en la ecuación para el estudio de la historia de la salud pública. Esto se debe a que proporciona una perspectiva más completa de cómo las interconexiones políticas y económicas influyeron en la estructuración de los sistemas sanitarios y cómo estas políticas impactaron de manera diferencial en las poblaciones locales con diversas identidades étnicas y culturales.

Para concluir, la organización de los artículos en este dossier sigue una secuencia temporal que nos permite observar la evolución de los procesos políticos y económicos relacionados con la salud pública en contextos con diferentes niveles de dependencia tecnológica, económica y política, pero con estructuras sociales, culturas y geografías propias.

Los contextos abordados se sitúan en la península de Yucatán, desde lo que ahora es el estado de Campeche (parte de Yucatán hasta 1863), hasta llegar a la Honduras Británica, que hoy en día es Belice. Estos contextos abarcan diversos períodos, lo que nos permite obtener una perspectiva de largo plazo:

El primero se extiende a lo largo del siglo XIX, comenzando en 1812 con las Constituciones de Cádiz, hasta 1877, cuando Porfirio Díaz asumió la presidencia de México. El artículo de Paola Peniche titulado “Génesis del proyecto sanitario liberal en Yucatán: Juntas de Sanidad y Comisiones de Policía Sanitaria en el siglo XIX” aborda esta etapa, durante la cual Yucatán experimentó una inestabilidad política debido a las luchas entre facciones federalistas y centralistas, así como a la Guerra de Castas. No obstante estos conflictos, durante estos años se publicaron varios textos constitucionales que delinearon el papel del estado en la Salud Pública.

El segundo período comprende finales del siglo XIX y principios del XX. Durante esta fase histórica, presenciamos el surgimiento de los Estados Unidos de Norteamérica como una potencia imperialista que compitió con Europa por la hegemonía militar, económica y política (en ese orden), en regiones como África, Asia, Latinoamérica y el Caribe. Este periodo también fue testigo de avances tecnológicos significativos que tuvieron un impacto profundo en las interconexiones globales y las dinámicas políticas y comerciales. Estos avances incluyeron la electrificación, la extensión de las redes telegráficas, el progreso de los ferrocarriles y el mejoramiento del transporte marítimo.

En el ámbito de la ciencia y la medicina, se produjeron avances sustantivos que contribuyeron al desarrollo de la práctica médica y a una comprensión más profunda de la salud y la enfermedad. Entre estos logros se incluye el desa-

rollo de la teoría germinal de las enfermedades y la identificación de microorganismos específicos como causantes de enfermedades infecciosas, tales como *Bacillus anthracis* (1876), *Vibrio cholerae* (1883), *Clostridium tetani* (1884) y *Yersinia pestis* (1894).

Además, se demostró que existían otras formas de transmisión de enfermedades infecto-contagiosas, además del contacto directo. Por ejemplo, se comprobó que los mosquitos eran vectores responsables de propagar la fiebre amarilla (1900). También se identificó a las pulgas como transmisoras de la bacteria causante de la peste (1884) y a las garrapatas como portadoras de la *Rickettsia* (1908). Los triatominos y las chinches se reconocieron como vectores del *Trypanosoma cruzi*, el agente causante de la enfermedad de Chagas.

Asimismo, se realizaron importantes inventos y logros tecnológicos. Se destacan la invención de los rayos X, avances en las técnicas de asepsia y antisepsia, y la introducción de la anestesia general en cirugías. Además, se establecieron escuelas de medicina con programas de estudio más rigurosos y se fomentó la educación médica centrada en la ciencia y la investigación. Estos hitos contribuyeron al progreso de la medicina y la atención médica en ese período.

Es en este momento en el que se centra el artículo de Daniel Méndez en este dossier, titulado “Epidemias y medicalización en una sociedad colonial: Las Juntas de Sanidad en la Honduras Británica, 1882-1920”. En él, se presenta un análisis histórico de la formación de las Juntas de Sanidad desde la perspectiva de la relación imperial-colonial, así como las acciones que estos organismos tomaron frente a las enfermedades tropicales.

En México, esta etapa corresponde al Porfiriato, dividido en dos fases bien definidas. La primera abarca desde 1877 hasta 1896 y se caracteriza por la expansión y la reforma del Estado. La segunda termina con el estallido de la Revolución mexicana y se centra en la modernización e internacionalización de la economía. En Yucatán, esta época se caracteriza por un crecimiento económico impulsado por la industria henequenera y una estrecha relación económica y política con Estados Unidos. El artículo de Evelia Magaña, titulado “Vigilar y controlar. Las recaudaciones de la Junta Superior de Sanidad sobre las prostitutas de Yucatán, 1891-1915”, se desarrolla en esta etapa de la historia nacional y regional. Analiza el papel que desempeñó el control de la prostitución en las finanzas de las Juntas de Sanidad del estado de Yucatán.

El tercer período abordado en los artículos de este dossier es el de la posrevolución en Yucatán, que coincide con el mandato de Lázaro Cárdenas como presidente a nivel federal. Durante este período, se llevaron a cabo numerosas reformas del Estado. Inés Cortés, en su artículo “Las Juntas Auxiliares de Sanidad y la salud pública en el Yucatán rural de la posrevolución”, aborda el papel de las

Juntas de Sanidad y las Delegaciones Sanitarias en la lucha contra las enfermedades epidémicas en los principales centros de desarrollo económico.

Cuando tuvimos el primer borrador de los artículos, pudimos leerlos y discutirlos. A partir de nuestra reflexión interna, llegamos a una primera valoración sobre la contribución individual de los trabajos que forman parte de este dossier. En lo que respecta a esta introducción, coincidimos en que ha sido muy útil para nosotros detenernos y pensar sobre los ejes que fundamentan nuestras reflexiones y sobre aquello que nos convoca y compartimos. También consideramos que el balance historiográfico presentado contribuye al estado de la cuestión, lo cual podrá ser de utilidad para estudiantes de posgrado interesados en la historia de la salud pública. Nos dedicamos a revisar bibliografía en diferentes idiomas, incluyendo inglés y francés, además de nuestro idioma nativo, el español. Esto nos hizo comprender que, al limitarnos a la bibliografía en español o a una combinación de español e inglés, estábamos pasando por alto la complejidad del proceso desde una perspectiva global, especialmente dado que, como hemos mencionado, las interconexiones son de fundamental importancia para nosotros. En este punto es importante apuntar que existe mucha bibliografía sobre el tema en alemán, pero ninguno de nosotros cuenta las habilidades necesarias para leer estos textos. Reconocemos que esa es una carencia en nuestra agenda de investigación.

Coincidimos en que el primer artículo sobre la génesis del proyecto liberal logra descomponer las partes del proyecto sanitario para comprender su composición. En la historiografía, a menudo se da por sentado el proyecto sanitario sin adentrarse en sus dimensiones ideológicas y políticas. Este artículo resulta esclarecedor en un proceso regional poco estudiado y sirve como base para un estudio comparativo del desarrollo de la salud pública desde esa época hasta la actualidad.

El segundo artículo sobre Honduras Británica es valioso por varias razones. En primer lugar, aborda un área que ha recibido escasa atención en cuanto a la historia de la salud pública. Además, consideramos que su contribución es original y sumamente interesante en el contexto del campo de la Salud Pública colonial, ya que documenta el surgimiento de una burocracia médica y la aparición de los médicos como actores políticos, enmarcados en una red de interdependencias políticas y económicas de naturaleza colonial.

El tercer artículo sobre el control fiscal de las prostitutas en Yucatán aborda de manera excepcional un aspecto del proceso de medicalización de la salud pública: cómo se financió y de dónde obtuvo sus recursos. Magaña descubre y demuestra que los impuestos y las multas a las trabajadoras sexuales representaron una fuente significativa de ingresos para esta entidad en sus primeras etapas como institución permanente. Esto sugiere que, a largo plazo, la prostitución podría haber contribuido a la consolidación de la salud pública a nivel regional.

Para concluir, el tercer artículo sobre las juntas de sanidad en la posrevolución documenta y analiza con gran precisión un tema que rara vez se ha abordado en la historia: cómo la salud pública y la biomedicina llegaron a las zonas rurales. Mientras que la antropología médica ha experimentado un desarrollo importante en la comprensión de cómo la biomedicina ha penetrado en las áreas rurales y ha interactuado con los modelos médicos tradicionales, generando transacciones y cambios significativos, la historia ha prestado relativamente poca atención a la inclusión de las zonas rurales y los grupos indígenas como sujetos históricos en ese proceso de expansión biomédica. Esta falta de atención histórica a menudo ha dejado un vacío en nuestra comprensión de cómo se ha desarrollado la salud pública y de qué manera ha afectado a las comunidades rurales, lo que hace que el análisis históricamente documentado que presenta este artículo sea particularmente valioso para llenar esa brecha.

Esa es nuestra valoración inicial respecto a nuestros propios trabajos. Corresponde a los lectores estimar su contribución y utilizarlos como base para plantear nuevas preguntas que permitan profundizar en la historia de la salud pública. Estos estudios adicionales podrían abordar regiones o países específicos, contribuyendo al entendimiento global de la salud como un asunto que nos concierne a todos y en el cual estamos interconectados. 

Referencias

- AGOSTONI, Claudia (2003). *Monuments of Progress: Modernization and Public Health in Mexico City, 1876-1910*. Canadá, University of Calgary Press, University Press of Colorado, UNAM.
- AMADOR, José (2015). *Medicine and Nation Building in the Americas, 1890-1940*. Tennessee, Vanderbilt University Press.
- BALDWIN, Peter (1999). *Contagion and the State in Europe, 1830-1930*. Cambridge, Cambridge University Press.
- BARROS, Juanita De, PALMEN, Steven y WRIGHT, David (2009). *Health and Medicine in the circum-Caribbean, 1800-1968*. Nueva York, Routledge.
- BASHFORD, Alison (2004). *Imperial Hygiene: A Critical History of Colonialism, Nationalism and Public Health*. Nueva York, Palgrave Macmillan.
- BLASCO MARTÍNEZ, Luis (1991). “Higiene y sanidad en España al final del Antiguo Régimen”. Tesis doctoral. Universidad Complutense. Madrid.
- BOURDELAIS, Patrice (2006). *Epidemics Laid Low: A History of What Happened in Rich Countries*. Baltimore, John Hopkins University Press.
- BOURDELAIS, Patrice (2007). “L’échelle pertinente de la santé publique au XIXe siècle: Nationale ou municipale?”. *Les Tribunes de la santé*, 14(1), pp. 45-52.
- BRAVO, Sagrario Anaut (2001). *Luces y sombras de una ciudad: Los límites del reformismo social y del higienismo en Pamplona*. Pamplona, Universidad Pública de Navarra/Nafarroako Unibertsitate Publikoa.
- CARRILLO, Ana María (2002). “Economía, política y salud pública en el México porfiriano (1876-1910)”. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 9(supl), pp. 67-87.
- CARROLL, Patrik. E. (2002). “Medical police and the history of public health”. *Medical History*, 46(4), pp. 461-494.
- CASELLS, Elsada Diana, CARVALHO, Gabriela, y DOETTER, L. Frisina (2022). “The Colonial Legacy and the Jamaican Healthcare System”. En: Frank Nullmeier, Delia González de Reufels, y Herbert Obinger (Eds.), *International Impacts on Social Policy: Short Histories in Global Perspective* (pp. 89-103). Suiza, Palgrave Macmillan.
- CHAKRABARTI, Patrik. (2014). *Medicine and Empire: 1600-1960*. Londres, Macmillan International Higher Education.

- COOK, Noble David y LOVELL, W. George. *Juicios secretos de Dios: Epidemias y despoblación indígena en Hispanoamérica colonial*. Quito, Editorial Abya Yala.
- CUETO, Marcos (1995). "The cycles of eradication: The Rockefeller Foundation and Latin American public health, 1918-1940". En: Weindling, Paul, *International Health Organizations and Movements, 1918-1939* (pp. 222-243). Cambridge, Cambridge University Press.
- CURTIN, Phillip D. (1998). *Disease and Empire: The Health of European Troops in the Conquest of Africa*. Cambridge, Cambridge University Press.
- DESROSIERS, Georges (1984). "Histoire de la santé publique au Québec". *Canadian Journal of Public Health / Revue Canadienne de Sante'e Publique*, 75(5), pp. 359-363.
- DOWNS, Jim. (2021). *Maladies of Empire: How Colonialism, Slavery, and War Transformed Medicine*. Londres, Harvard University Press.
- ELIAS, Norbert (1996). *La sociedad cortesana*. México, FCE.
- ESPINOSA, Mariola (2006). "The Threat from Havana: Southern Public Health, Yellow Fever, and the U.S. Intervention in the Cuban Struggle for Independence, 1878-1898". *The Journal of Southern History*, 72(3), pp. 541-568.
- ESPINOSA, Mariola (2009). *Epidemic Invasions: Yellow Fever and the Limits of Cuban Independence, 1878-1930*. Chicago, University of Chicago Press.
- FIERROS HERNÁNDEZ, Arturo (2014). "Concepto e historia de la salud pública en México (siglos XVIII a XX)". *Gaceta Médica de México*, Vol.150, pp.195-199.
- FOUCAULT, Michel (1996). *La vida de los hombres infames*. Buenos Aires, Editorial Altamira.
- _____. (2007). *El nacimiento de la biopolítica*. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.
- _____. (2012). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. México, Siglo Veintiuno Editores.
- FRAILE, Peter (1998). "Putting order into the cities: The evolution of «policy science» in eighteenth-century Spain". *Urban History*, 25(1), pp.22-35.
- GAITORS, Beau. D. J. (2018). "Commerce, conflict, and contamination: Yellow fever in early-independence Veracruz in the US imaginary, 1821-1848". *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 25(3), pp. 779-795.

- GORSKY, Martín (2007). "Public Health Past and Present: Local leadership in public health: The role of the medical officer of health in Britain, 1872-1974". *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(6), pp. 468-472.
- HERMANN, Eleonor Krohn. (1980). "Health care services in 19th century British Honduras". *Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology*, 14(4), pp. 353-356.
- HERNÁNDEZ VILLALBA, María José (2015). "La sanidad pública en las Cortes de Cádiz (1810-1814)". Tesis doctoral. Universidad Carlos III de Madrid. Madrid.
- HOCHMAN, Gilberto (2016). *The Sanitation of Brazil: Nation, State, and Public Health, 1889-1930*. Illinois, University of Illinois Press.
- HOGARTH, Rana A. (2017). *Medicalizing Blackness: Making Racial Difference in the Atlantic World, 1780-1840*. Chapel Hill, University of North Carolina Press.
- JERROLD, Michael (2011). "The National Board of Health: 1879-1883". *Public Health Reports*, 126(1), pp. 123-129.
- JORI, Gerard (2012). "Salud pública e higiene urbana en España durante el siglo XVIII. Una perspectiva geográfica". Tesis de doctorado. Universidad de Barcelona. Barcelona.
- _____. (2013). "Población, política sanitaria e higiene pública en la España del siglo XVIII". *Revista de geografía Norte Grande*, Núm.54, pp. 129-153.
- KINGMAN GARCÉS, E. (2006). *La ciudad y los otros, Quito 1860-1940: Higienismo, ornato y policía*. Ecuador, FLACSO.
- KRAMER, Howard D. (1950). "Early Municipal and State Boards of Health". *Bulletin of the History of Medicine*, 24(6), 503-529.
- LAFLEUR, Gerard (2020). "Epidémies et quarantaines au XIX siècle en Guadeloupe". *Bulletin de la Société d'Histoire de la Guadeloupe*, Núm. 186, pp. 111-120.
- LETI, Genevieve (2019). "L'empoisonnement aux Antilles françaises à l'époque de l'esclavage (1724-1848)". En: P. Hroděj (Ed.). *L'esclave et les plantations: De l'établissement de la servitude à son abolition. Hommage à Pierre Pluchon* (pp. 209-227). Paris, Presses universitaires de Rennes.
- LIVI BACCI, Massimo (2006). *Los estragos de la conquista. Quebranto y declive de los indios de América*. Barcelona, Editorial Crítica.

- MACPHERSON, Anne S. (2003). "Colonial Matriarchs: Garveyism, Maternalism, and Belize's Black Cross Nurses, 1920-1952". *Gender & History*. Vol. 15, No. 3. pp. 507-527
- _____. (2009). *From Colony to Nation. Women activists and the Gendering of politics in Belize, 1912-1982*. USA, University of Nebraska Press.
- MALVIDO, Elsa (2008). "El camino de la primera viruela en el nuevo mundo, del Caribe a Tenochtitlán, 1493-1521". *Revista Cultura y religión*, 2(3), pp. 1-11.
- McCREA, Heather L. (2010). *Diseased Relations: Epidemics, Public Health, and State-building in Yucatán, Mexico, 1847-1924*. Nuevo México, University of New Mexico Press.
- MENÉNDEZ, Eduardo (1981). *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. México, CIESAS.
- _____. (1992). "Salud pública: sector estatal, ciencia aplicada o ideología de lo posible". (pp. 103-122). En: *La crisis de la salud Pública: reflexiones para el debate*. Washington: OPS.
- _____. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras: Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires, Editorial Lugar.
- MURARD, Lion y ZYLBERMAN, Patrick (1986). *L'Hygiène dans la République: La santé publique en France, ou l'utopie contrariée, 1870-1918*. Paris, Fayard.
- _____. (1993). "Experts Et Notables: Les Bureaux Municipaux D'hygiène En France (1879-1914)". *Genèses*, Núm.10, pp. 53-73.
- MURGUÍA, Adriana, ORDORICA, Teresa y León LENDO (2016). "El estudio de los procesos de medicalización en América Latina". *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 23(3), pp. 635-651.
- OLIVER, Lilia. V. (2003). *Salud, desarrollo urbano y modernización en Guadalajara, 1797-1908*. Guadalajara, Universidad de Guadalajara.
- OSBORNE, John B. (2008). "Preparing for the Pandemic: City Boards of Health and the Arrival of Cholera in Montreal, New York, and Philadelphia in 1832". *Urban History Review / Revue d'histoire urbaine*, 36(2), pp. 29-42.
- PEARL, Julyan G. (1999). *Race, Place, and Medicine: The Idea of the Tropics in Nineteenth-Century Brazil*. Londres, Duke University Press.

- PEMBERTON, Rita (2012). "Dirt, disease and death: Control, resistance and change in the post-emancipation Caribbean". *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Núm.19, pp. 47-58.
- PENICHE MORENO, Paola (2016). *El cólera morbus en Yucatán: Medicina y salud pública 1833-1853*. México, CIESAS-Miguel Ángel Porrúa.
- PÉREZ ZEVALLOS, Juan Manuel (2001). "La etnohistoria en México". *Desacatos. Revista de Ciencias Sociales*, Núm. 7, pp. 103-110.
- PORTER, Dorothy (2005). *Civilization and the State: A History of Public Health from Ancient to Modern Times*. Nueva York, Routledge.
- RODRÍGUEZ, Martha Eugenia (2001). "Las juntas de sanidad en la Nueva España Siglos XVIII y XIX". *Rev. invest. clín*, pp. 276-280.
- ROJAS RABIELA, Teresa (1981). "Algunas consideraciones sobre El quehacer de la etnohistoria en México". *Anuario Antropológico*, 5(1), pp. 203-209.
- _____. (1994). *Agricultura indígena, pasado y presente*. México, SEP/CIESAS.
- ROSEN, George (1974). *From medical police to social medicine: Essays on the history of health care*. Nueva York, Science History Publications.
- _____. (1953). "Cameralism and the Concept of Medical Police". *Bulletin of the History of Medicine*, 27(1), pp. 21-42.
- _____. (1957). "The Fate of the Concept of Medical Police 1780-1890". *Centaurus*, 5(2), pp. 97-113.
- _____. (2005). *A History of Public Health*. Baltimore, Johns Hopkins University Press.
- SOWELL, David (2015). *Medicine on the Periphery. Public Health in the Yucatán, México, 1870-1960*. Nueva York, Lexington Books.
- SUTTER, Paul S. (2007). "Nature's Agents or Agents of Empire?: Entomological Workers and Environmental Change during the Construction of the Panama Canal". *Isis*, Vol. 98, Núm. 4, pp. 724-754.
- VARELA PERIS, Fernando (1998). "El papel de la Junta Suprema de Sanidad en la política sanitaria española del siglo XVIII". *Dynamis: Acta hispanica ad medicinae scientiarumque historiam illustrandam*, Núm.18, pp.315-340.
- VOS, Jan De (2002). *Una tierra para sembrar sueños: historia reciente de la Selva Lacandona*. México, CIESAS.
- _____. (2004). "La memoria interrogada". *Desacatos. Revista de Ciencias Sociales*, Núm. 15-16, pp. 222-236.

WARNER, Margaret (1984). "Local Control versus National Interest: The Debate over Southern Public Health, 1878-1884". *The Journal of Southern History*, 50(3), pp. 407-428.

WOLF, Eric (1987). *Europa y la gente sin historia*. México, FCE.

WOODS, Robert (1989). "La santé publique en milieu urbain (XIXe-XXe siècles): Hygiene et mesures D'assainissement". *Annales de démographie historique* 1989, pp. 183-195.

Dossier





La Génesis del Proyecto Sanitario Liberal en Yucatán: Juntas de Sanidad y Comisiones de Policía Sanitaria en el Siglo XIX

The Genesis of the Liberal Sanitary Project in Yucatan: Sanitary Boards and Sanitary Police Commissions in the 19th Century

Paola Peniche Moreno

CIESAS, Unidad Peninsular (México)

<https://orcid.org/0000-0001-8604-2954>

ppeniche@yahoo.com

Recibido: 14 de agosto de 2023.

Aprobado: 26 de diciembre de 2023.

Resumen:

Este estudio explora el nacimiento y evolución del proyecto sanitario liberal en Yucatán, México, durante el siglo XIX, utilizando fuentes primarias como constituciones, reglamentos, ordenanzas municipales, y libros de cabildo. Se detalla cómo las Comisiones de Policía y las Juntas de Sanidad se establecieron y operaron, destacando sus marcos jurídico y práctico. Este análisis revela las raíces históricas de la salud pública en Yucatán y su inherente dimensión política, examinando tres ejes: saberes, normativas y prácticas. Esta investigación contribuye a una comprensión más profunda de la historia de la salud pública y su desarrollo institucional en la región.

Palabras clave: salud pública, siglo xix, liberalismo, estado-nación, juntas de sanidad, comisiones de policía.

Abstract:

This study delves into the genesis and progression of the liberal health project in Yucatán, Mexico, throughout the 19th century. Utilizing a range of primary sources, including constitutions, regulations, municipal ordinances, and council records, the research meticulously outlines the formation and functioning of the Police Commissions and Health Boards. It emphasizes their legal and operational frameworks, thus shedding light on the historical underpinnings of public health in Yucatán, along with its inherent political aspects. By examining three pivotal axes—knowledge, norms, and practices—the study reveals key insights into the historical evolution and institutional development of public health in the region, thereby enriching our understanding of its historical context and legacy.

Keywords: public health, 19th century, liberalism, nation-state, health boards, police commissions.

Introducción

En el siglo XIX se dieron dos procesos sociales y políticos que se convirtieron en parte del fundamento de los estados liberales. Por un lado, se reconoció el valor político del bienestar y la vida de los individuos, mientras que, por otro lado, la urbanización planteó la necesidad de un nuevo enfoque de gobierno descentralizado.

El primero de estos procesos dio lugar al surgimiento del higienismo, el cual generó una transformación radical en la organización de los espacios públicos y privados, en los hábitos y las relaciones sociales, así como en la percepción de la salud. Simultáneamente, la urbanización condujo a la creación de municipalidades y ayuntamientos como mecanismos de descentralización del poder y fortalecimiento de los estados liberales. Estas instituciones asumieron diversas funciones, que incluyeron la prestación de servicios públicos y la reorganización de núcleos urbanos, basándose en los principios ilustrados del bien común, y empleando los saberes y las técnicas del higienismo.

El objetivo de este artículo se encuentra en la confluencia de estos dos procesos, ya que se plantea analizar la instauración de las Comisiones de Policía y las Juntas de Sanidad como entidades políticas de los Estados Nacionales para cuidar la salud colectiva. Estas instituciones tuvieron la responsabilidad de gestionar, organizar y actuar en relación a los intereses colectivos en materia de salud. Eso significa que, históricamente, se encuentran en la base de la salud pública, lo cual resalta la relevancia de estudiarlas en detalle para comprender la dimensión política intrínseca a los procesos de salud, enfermedad, atención y prevención.

La evolución de los estados nacionales y la salud pública ha sido un tema recurrente en la historiografía. Investigaciones sobre diferentes contextos han mostrado cómo la política influyó en el desarrollo de las instituciones sanitarias. La historiografía francesa ha profundizado en el papel de las municipalidades en estos procesos (Murard, 2001; Bourdelais, 2007; Martínez, 2014). Las oficinas municipales de higiene surgieron de la colaboración y, en ocasiones, el conflicto entre “expertos” en salud e higiene y “notables” influyentes (Murard et Zylberman, 1993). En España, la implementación de un sistema de sanidad ocurrió en un contexto de cambios políticos y sociales, como en las Cortes de Cádiz (1810-1813), donde se establecieron los fundamentos de la organización sanitaria nacional. Estas transformaciones abarcaron aspectos institucionales, legislativos y prácticas médicas, desempeñando un rol crucial en la formación de la sanidad actual en España (Hernández, 2015; Beldarraín, 2020; Reyes-García, 2022). En Estados Unidos, la tensión entre el control local y el interés nacional se manifestó en debates sobre la intervención gubernamental en asuntos de salud pública. Durante el siglo XIX, se discutió la necesidad de abordar enfermedades

transfronterizas y el alcance de la autoridad federal en la implementación de políticas públicas. Estos debates reflejaron cuestiones más amplias de raza, clase y poder en la sociedad estadounidense (Warner, 1984; Jerold, 2011).

Pero, ¿cómo fue este proceso en los estados recién independizados en América Latina? Sobre México se ha señalado que la salud pública también estuvo ligada a cambios políticos y sociales. En el siglo XIX, durante el porfiriato, las instituciones sanitarias se reestructuraron conforme al higienismo y la investigación científica (Córdoba y Santos Zertuche, 2015; Córdoba, 2020).

Este artículo plantea la hipótesis de que la salud pública, al encontrarse en la base de la formación de los estados nacionales, incorporó las determinaciones políticas del Estado, junto con sus tensiones, desafíos y transformaciones inherentes.¹ Por ende, en Yucatán, el proceso de institucionalización de la salud pública habría adoptado los elementos característicos del desarrollo del liberalismo en la región durante el siglo XIX. Estos elementos abarcan la influencia de las Constituciones de Cádiz, los choques entre centralismo y federalismo, las luchas por la autonomía, la transformación económica y social, la Guerra de Castas y el constitucionalismo.

En este trabajo se analiza este proceso a través de la reconstrucción histórica de la implementación de dos entidades de gran relevancia para la historia de la salud pública: las Comisiones de Policía y las Juntas de Sanidad. Para este fin, se abordan tres ejes que capturan la complejidad de los procesos históricos vinculados a la salud, la enfermedad y la atención: los saberes, las normas y las prácticas.

Metodología

Estos tres ejes estructuran la exposición de datos y el análisis historiográfico. En el apartado “Higiene y profilaxis” se desarrolla el primer eje sobre los saberes, atendiendo la dimensión política e ideológica del higienismo y explicando cómo este introdujo en el Estado la aspiración de prevenir las enfermedades epidémicas y reducir la mortalidad.

El segundo apartado, denominado “La dimensión política de la sanidad”, trata sobre las normas, y en él se detallan las leyes relacionadas con la salud pública, tomando como base los siguientes textos constitucionales: la Constitución de Cádiz de 1812, la Constitución mexicana de 1824 y las constituciones de Yucatán de 1825, 1841, 1850, 1862 y 1870. Además, se consultó el “Reglamento para el gobierno interior de los pueblos” de 1841, la “Ley constitucional para el gobierno interior de los pueblos” de 1850 y sus reformas y adiciones de 1882.

1 Esta idea teórica se retoma de Menéndez, 1992, p. 104, 107.

El tercer eje, relacionado con la práctica, se desarrolla en un tercer apartado titulado “La implementación del proyecto sanitario higienista”. Aquí se busca comprender cómo estas leyes fueron aplicadas y las formas que adoptaron a nivel municipal. Las fuentes que respaldan este apartado incluyen Ordenanzas y Reglamentos de Policía municipales, libros de actas y libros copiadores de correspondencia de cabildo, así como expedientes del Archivo General del Estado de Yucatán sobre las acciones de la Junta de Sanidad durante epidemias.

El artículo abarca el período de 1812 a 1895, el cual es de gran importancia en la configuración del Estado en México y la construcción del pacto federal. Su inicio se encuentra en las Constituciones de Cádiz, que influyeron en el constitucionalismo mexicano, incluyendo Yucatán. Esta influencia resulta esencial para entender cómo gradualmente se estableció la responsabilidad del cuidado de la salud colectiva en la formación del Estado. La conclusión de este periodo en 1895 coincide con la modernización económica del Porfiriato, que condujo a una transformación política de las instituciones para adaptarse a la expansión de los mercados y la economía. En Yucatán, esta fase marcó el apogeo de la industria henequenera. Además, el año 1895 marca una nueva etapa en la estructura administrativa de la salud pública, ya que en ese momento se estableció un Consejo de Salubridad con funciones permanentes, que asumió la supervisión de las Juntas de Sanidad de los ayuntamientos (Arana, 2016).

Entre estos puntos temporales, a nivel regional se vivieron procesos relevantes para la evolución del Estado y la salud pública. Uno de estos procesos fue la confrontación entre el federalismo y el centralismo. Tras la caída del primer imperio, en 1824 entró en vigor una Constitución federalista, y a partir de entonces en Yucatán hubo décadas de enfrentamientos armados entre centralistas y federalistas. A esta pugna se sumó en 1847 otra de igual importancia: la Guerra de Castas. Este conflicto surgió de una insurrección de grupos mayas que se alzaron en armas contra el gobierno yucateco (Dumond, 2005). La guerra persistió con diferentes niveles de intensidad durante poco más de medio siglo, hasta que, en 1904, tropas lideradas por Ignacio Bravo consolidaron la última campaña militar sobre Chan Santa Cruz (Badillo, 2019).

Aunque el estallido de la guerra paralizó casi todo el estado, a partir de 1850 se logró restablecer la actividad productiva y económica, permitiendo la recuperación después de los años más violentos del conflicto (Irigoyen, 1980). A partir de 1870, la producción y exportación del henequén prosperó, llegando a ser el principal sector económico de Yucatán. Esta prosperidad económica llevó al traslado de la aduana marítima de Sisal al puerto de Progreso en 1872, estableciéndolo como un nodo vital de transacciones comerciales para el Caribe y el Atlántico (Trujillo, 2005).

Higiene y profilaxis. Los saberes del sanitarismo decimonónico

El higienismo fue un movimiento impulsado por la medicina en el siglo XIX, que diferenció lo normal de lo patológico y procuró ordenar y modificar el entorno según esta distinción. Como conocimiento, conectó la salud, las enfermedades (endémicas y epidémicas) y las condiciones de vida. Expandió la influencia de la medicina más allá del individuo, alcanzando lo público, los comportamientos individuales, los colectivos, e incluso las emociones (Urteaga, 1985; Foucault, 1996).

En este contexto, la higiene se asoció con la limpieza y se convirtió en un componente central de las recomendaciones para la salud. Como resultado, higiene y salud se volvieron equivalentes y adquirieron una dimensión moral en la sociedad del siglo XIX (Csergo, 1988; Smith, 2007; Ward, 2019).

¿Cómo impactó el higienismo en la política del siglo XIX? Aplicar un conocimiento conlleva poder. En este contexto, el Estado del siglo XIX asumió la responsabilidad política de implementar los principios higienistas, convirtiéndolos en la base reorganizadora de la sociedad bajo valores liberales. Así, se buscó salvaguardar el valor político y económico de la población en línea con esta perspectiva higienista.

Entre otros aspectos, se sostenía que la higiene debía eliminar los focos infecciosos generadores de epidemias. Basándose en principios liberales, asegurar la estabilidad poblacional -evitando muertes masivas- respaldaba la consolidación, crecimiento y legitimación del Estado (Rosen, 1985). Esto dio relevancia política a la salud en el siglo XIX. Así surgió la medicina moderna como herramienta política y la higiene como guía ideológica, política y cultural del gobierno liberal.

El higienismo y los avances médicos marcaron un cambio en la perspectiva de las epidemias, al considerar la posibilidad de prevenirlas o, al menos, reducir su impacto. Los esfuerzos estatales en salud pública se enfocaron en este objetivo. A través del higienismo, los proyectos urbanos del siglo XIX buscaron intervenir en la calidad del aire, eliminando focos infecciosos, ya que se creía que este era el principal medio de propagación de enfermedades (Corbin, 1987; Galeno, 2009).

Hoy, la prevención en salud pública, que abarca medidas para erradicar o minimizar enfermedades, proviene del higienismo histórico. En el siglo XIX, se introdujeron términos como “preservación” y “profilaxis” como deberes estatales en salud, basados en medicina e higiene (Hernández, 2015).

Ilustración 1. Contenido semántico de “preservación”, “higiene” y “profilaxis” en diccionarios del castellano en el siglo XIX

Año	Concepto	Significado
1791	Preservar	Guardar y conservar alguna cosa anticipadamente defendiéndola o evitando el que caiga en algún peligro o daño
1837	Higiene	Ciencia Médica cuyo objeto es la conservación de la salud
1853	Higiene	Parte de la medicina que trata de los medios de conservar la salud haciendo un uso conveniente de los mismos objetos que nos rodean y que sirven para la vida
1853	Higiénica	Nombre genérico de toda medicina o medicamento preservativo
1895	Higiene	1. Parte de la medicina que tiene por objeto la conservación de la salud precaviendo enfermedades, 2. Privada, aquella de cuya aplicación cuida el individuo, 3. Pública, aquella en cuya aplicación interviene la autoridad prescribiendo reglas preventivas.
1853	Profilaxis	Parte de la medicina que trata del modo de preservarnos de las enfermedades
1853	Profiláctica	Ciencia que enseña a conservar la salud
1855	Profiláctica	Med. Parte de la medicina que tiene por objeto las precauciones para conservar la salud y evitar las enfermedades.
1884	Profilaxis	Med. Preservación
1884	Profiláctica	Med. Higiene

Fuente: Nuevo Tesoro Lexicográfico, RAE

En resumen, el higienismo y el liberalismo político surgieron en el mismo contexto histórico y se entrelazaron en varios aspectos. El higienismo se originó como respuesta a condiciones insalubres y epidemias en las crecientes poblaciones urbanas de la Revolución Industrial. Abogaba por la intervención estatal para crear ambientes más seguros para la salud, la producción y el crecimiento económico. Esta intervención, en línea con el liberalismo, buscaba en última instancia proteger la libertad y el bienestar individual.

La dimensión política de la sanidad: la incorporación del proyecto sanitario en los textos constitucionales

Desde la promulgación de la Constitución de Cádiz en 1812, la organización y regulación de las medidas de salud colectiva se convirtieron en parte de los procesos políticos y constitucionales de España, sus territorios de ultramar y las naciones americanas influidas por el liberalismo europeo. Durante los debates en las Cortes sobre la salud pública, se examinaron dos enfoques políticos opuestos: la experiencia Borbónica de Juntas Supremas de Sanidad provisionales como centro de decisiones ante epidemias, y la estructura territorial francesa post-Revolución, que delegaba la gestión sanitaria a las prefecturas locales. La Constitución de 1812 adoptó el enfoque y la estructura descentralizada del modelo

francés. Esta elección se basó en el alineamiento con los principios liberales y la coyuntura de la ocupación napoleónica en España que había establecido prefecturas en muchas ciudades de la región de Andalucía (Hernández, 2015).

La centralización se implementó en constituciones posteriores en España y México a través de la creación de una Junta Suprema de Sanidad. Esta junta coordinaba las acciones de los ayuntamientos para la salud pública y gestionaba medidas sanitarias en épocas de epidemias (Varela, 1998).

Ilustración 2. Disposiciones en la Constitución de Cádiz (1812) y las Constituciones de Yucatán (1825, 1841, 1850, 1862) relacionadas con la salubridad

Constitución	Capítulo	Numeral	Ley
Cádiz 1812	De las facultades de las Cortes	Tit.III; Cap. VI: Art. 131; 23	Aprobar los reglamentos generales para la policía y sanidad del Reyno
	De los Ayuntamientos	Tit. VI; Cap. I; Art. 321	Estará a cargo de los Ayuntamientos: 1º La policía de salubridad y comodidad ... 6º Cuidar de los hospitales; hospicios, casas de expósitos y demás establecimientos de beneficencia bajo las reglas que se prescriban.
Yucatán 1825	Del gobierno interior de los pueblos	Cap. 20, Art. 208	Estará a cargo de los Ayuntamientos: 1º La policía de salubridad y comodidad ... 5º Cuidar de los hospitales, hospicios, casas de expósitos y demás establecimientos de beneficencia bajo las reglas de prescriban. 6º Cuidar de la construcción, reparación y limpieza de los caminos, calzadas, puentes y cárceles, de los montes y plantíos del común, y de todas las obras públicas de necesidad, utilidad y ornato.
		Cap. 20, Art. 211	Estará a cargo de las Juntas Municipales: 1º Cuidar de la policía de salubridad y comodidad del pueblo. ... 5º Cuidar de la construcción, reparación y limpieza de los caminos, calzadas, puentes y cárceles, de los montes y plantíos del común, y de todas las obras públicas de necesidad, utilidad y ornato.

Yucatán 1841	Del poder ejecutivo	Art. 49.	Compete al Gobernador: ... 8° Cuidar de la salud pública, dictando las medidas oportunas para su conservación.
Yucatán 1850	Del poder ejecutivo	Sec III, Art. 38	Corresponde al gobernador: ... 12° Vigilar la conservación de la salud pública.
Yucatán 1861	Del poder ejecutivo	Sec. VIII. Art. 58.	Corresponde al poder ejecutivo: ... 6° Cuidar de la salud pública, dictando las medidas oportunas para su conservación
	Del régimen interior de los pueblos del estado	Sec. XI, Art. 75.	En las ciudades, villas y cabeceras de partido habrá ayuntamiento ... será el representante de la municipalidad y ejercerá las funciones correspondientes a la parte económica y de policía de su jurisdicción en todo lo concerniente a la instrucción primaria, a salubridad y ornato público, buen gobierno y demás atribuciones que la ley reglamentaria señale.
		Sec. XI. Art. 77	En los pueblos que por el corto número de sus habitantes no haya el suficiente de personas que puedan desempeñar los cargos públicos... habrá solo un comisario municipal nombrado por el ayuntamiento o la junta a que corresponda, para que atienda a todo lo relativo a la parte económica de la policía o buen gobierno del pueblo o su comarca.

Fuente: Docs. 1, 4, 6, 7, 8.

Aunque los textos constitucionales presentan pocos artículos específicos sobre la sanidad, al analizarlos en conjunto, muestran el enfoque liberal que respaldó el proyecto sanitario durante la reestructuración política de los estados nacionales en el siglo XIX. Los rasgos principales de esta perspectiva liberal son:

- 1) Valor político de la población
- 2) Idea del bien común
- 3) Orden, salud y bienestar como valores de la sociedad liberal
- 4) Secularización de la beneficencia
- 5) El municipio en la protección del bien común y la sanidad local

Valor político de la población: Durante la Ilustración, la población se reconoció como la base del Estado en lugar de atribuir el poder a una élite. Se afirmó que la soberanía residía en el pueblo, y que su consentimiento legitimaba el gobierno, reforzando la idea de que el Estado debía proteger y mejorar el bienestar de los ciudadanos, incluyendo la prevención de epidemias (Porter, 2005; Hernández, 2015). Hay dos componentes de la Constitución de 1812 que muestran el valor atribuido a la población en el pensamiento político liberal: los conceptos de población y ciudadanía, y la importancia atribuida a los conteos de población como herramientas de gobierno (Doc.1).

En la Constitución de Cádiz, se establece que la “Nación española” comprende a todos los españoles de ambos hemisferios. Se enfatiza que la “soberanía reside en el pueblo”, y la representación en las cortes se basa en la “población”, formada por ciudadanos. Se reconoce como ciudadano español a quien nació y vivió en la monarquía o recibió ciudadanía. Respecto a los conteos, la representatividad en las Cortes dependía de la población, requiriendo censos elaborados por las diputaciones provinciales para medir la población de sus áreas (Doc.1).

La noción de ciudadanía y los recuentos de población fueron temas destacados en varias constituciones del siglo XIX en naciones recién independizadas de América Latina. Ejemplos son la Constitución de Cúcuta (Colombia) de 1821 (Doc. 2) y la Constitución de Chile de 1833 (Doc. 5). En la Constitución mexicana de 1824, como en la de Cádiz, la elección de diputados y legisladores se basaba en la cantidad de población, para lo cual se requerían censos. También se mencionaba la responsabilidad de cada estado en proteger y aumentar su población (Doc. 3). Por lo tanto, las competencias en salubridad se encontraban en las constituciones estatales, y no en la federal.

La importancia política de la población y su relación con la ciudadanía en ambos textos (Cádiz 1812, México 1824), tiene similitudes con las constituciones yucatecas de 1825, 1841 y 1850 (Docs. 4, 6 y 7), pero también grandes diferencias: en estas últimas se aplican restricciones a los derechos de ciudadanía, como tener incapacidad física o moral, falta de domicilio o profesión, dedicarse al empleo doméstico o ser analfabeta en caso de ser indígena.

Idea de bien común: El liberalismo del siglo XIX reconoció que el Estado debía cumplir ciertas funciones para garantizar el orden y el bienestar general. Así, concibió la idea de “bien común”, como eje central de la actividad política y fundamento del poder (Skinner, 2010; Castillo, 2012).

Durante el constitucionalismo gaditano, se empezó a construir una lógica de protección del bienestar social a través de medidas como la “policía de salubridad y comodidad”. Aunque no se elaboró explícitamente la idea de bien común, estas acciones buscaban mejorar la salud y el bienestar colectivo. Con el

tiempo, la noción de bien común ganó importancia en el pensamiento político del siglo XIX, influyendo en la concepción de la acción gubernamental y la estructura social. Con el desarrollo del liberalismo, el bien común se convirtió en un concepto central para justificar políticas públicas en pro del beneficio colectivo y el progreso social (Hernández, 2015).

Orden, salud y bienestar como valores de la sociedad liberal: Basándose en el concepto de “bien común” en el Estado liberal, se retomó del mercantilismo la noción de “policía” vinculada al gobierno de las ciudades. En el siglo XIX, esta idea se redefinió para abarcar la regulación del orden y la limpieza en espacios urbanos en beneficio colectivo, estableciendo leyes y normativas. Estos valores de orden y limpieza formaron la base del proyecto sanitario liberal y su regulación en varias constituciones. Desde la Ilustración, se pensó en el orden y la limpieza como valores políticos, necesarios para estabilizar a las naciones inmersas en procesos de transformación industrial, urbanización y movimientos sociales y políticos. Por lo tanto, la sanidad también se convirtió en un objetivo de la organización social y política del siglo XIX.

Secularización de la beneficencia: El proyecto sanitario liberal tuvo como objetivos principales la erradicación de la pobreza y la exclusión de los pobres de las áreas urbanas. A partir de la segunda mitad del siglo XVIII, las principales ciudades de Europa y América se convirtieron en centros de producción y comercio, lo que generó un empobrecimiento de la población y mayores riesgos para la salud pública, incluyendo la escasez de alimentos. En el pasado, los problemas sanitarios se repartían equitativamente entre ciudades y zonas rurales, pero después del siglo XVIII, las ciudades enfrentaron mayores problemas como hacinamiento, recursos limitados y saqueos. Las epidemias afectaban a más personas en las ciudades. Por eso, para afrontar los desafíos sociales de la industrialización y la urbanización, el Estado asumió el papel de atender a los grupos marginales que solían depender de la “caridad cristiana” de la Iglesia.

El municipio en la protección del bien común y la sanidad local: Parte del proyecto político del liberalismo era la descentralización del poder. Así, los municipios y ayuntamientos surgieron como unidades políticas clave que se alineaban con este enfoque, otorgando autonomía a los gobiernos locales para tomar decisiones cercanas a la comunidad. Así, los ayuntamientos se convirtieron en guardianes del bien común, asegurando el bienestar de la población mediante el uso de recursos públicos y adaptando políticas a necesidades específicas.

En el siglo XIX, la codificación sanitaria se encomendó a los municipios, enfocándose en soluciones a nivel local. Destacan dos aspectos de esta sanidad municipal: su independencia del poder central y su capacidad normativa. En efecto, las constituciones liberales permitieron a los ayuntamientos crear sus propias ordenanzas, incluyendo la estructura de las Juntas de Sanidad y las comisiones internas para la administración gubernamental.

En resumen, el proyecto sanitario liberal del siglo XIX propuso la reforma higienista y la prevención de las epidemias desde un abordaje local, coherente con la idea sobre cómo debía reorganizarse el poder y la manera en que habrían de gestionarse los asuntos públicos. La población se convirtió en la base material e ideológica de las nuevas naciones, lo que llevó a priorizar el cuidado de su bienestar y vida como objetivo fundamental del gobierno. Esta idea se reflejó en las constituciones de diversos países, tanto en Europa como en América. En la práctica, el proyecto liberal, democrático y comunitario, se adaptó a las diferentes necesidades y realidades, como preveía el enfoque municipalista.

La implementación del proyecto sanitario higienista

A pesar de que la legislación sanitaria en Yucatán se originó con la Constitución de 1825, en ese entonces no se emitió una ley específica para implementar sus disposiciones generales. Es decir que, aunque se estableció la responsabilidad de los ayuntamientos y municipios para mantener la salubridad, comodidad, beneficencia, limpieza y orden en los espacios públicos, no se detallaron los procedimientos ni aspectos operativos para su ejecución (Doc. 4).

Las facultades municipales en materia de sanidad se regularon hasta 1841 en el “Reglamento para el gobierno interior de los pueblos” (Doc. 10), coincidiendo con la nueva constitución estatal liberal (Doc. 6). En 1850, esta regulación se confirmó y legitimó mediante la “Ley Constitucional para el gobierno interno de las localidades”, con escasas modificaciones en términos de la sanidad. Esta ley fue ratificada en 1862, con cambios mínimos (Doc. 8).

En la estructura política de la época, las autoridades locales encargadas de la salud se distribuyeron así: jefes políticos superiores en las cabeceras de los Partidos;² alcaldes municipales en Ayuntamientos, Ciudades y Villas; jueces de paz en ranchos y pueblos pequeños; alcaldes auxiliares en barrios de las ciudades; y “amos” en haciendas rurales. Los caciques de las repúblicas indígenas fueron las únicas autoridades locales a las que no se les asignaron responsabilidades sanitarias, durante el breve lapso en el que estas instancias fueron reinstauradas entre 1850 y 1853 (Peraza, 2014).

Por otra parte, no fue sino hasta la Constitución de 1850 que se estableció como obligación del gobernador la preservación de la salud pública (Doc. 7 y 9). Esto introdujo al poder ejecutivo en la gestión sanitaria junto al nivel municipal. No obstante, el primer involucramiento del gobernador de Yucatán en temas de salud se registró antes de su regulación, en 1833, durante la epidemia de cólera. En ese momento, se formó una Junta Suprema de Sanidad liderada por el gobernador y

2 Mérida, Ticul, Maxcanú, Campeche, Hecelchakán, Bolonchenticul, Seybaplaya, Carmen, Valladolid, Tizimin, Espita, Izamal, Motul, Tekax, Peto, Sotuta, Bacalar (Doc. 9).

médicos locales. Esta junta encabezó las Juntas de Sanidad municipales, ayuntamientos y Comisiones de Policía para abordar la crisis sanitaria (Peniche, 2016).

Ilustración 3. Obligaciones de los ayuntamientos en materia de salubridad en la Ley Constitucional para el gobierno interior de los pueblos Estado de Yucatán de 1862

Artículo	Contenido
23	Estará a cargo [el Ayuntamiento] de la salubridad, comodidad, ornato, orden y seguridad de sus respectivos municipios, así como el promover en ellos la agricultura, industria, comercio, moralidad y buenas costumbres.
30	Hacer que en las poblaciones se establezcan cementerio o cementerios convenientemente situados, evitando que por ningún motivo se sepulten los cadáveres en otros lugares que no sean éstos, a excepción de los casos de epidemia en que podrán señalarse otros lo más distante posible de las poblaciones; pero nunca se permitirá la inhumación en las iglesias de las poblaciones ni en los atrios de éste.
31	Evitar que los cadáveres queden insepultos más de 24 horas, ni se exhumen los restos humanos sino hasta su completa disolución conforme a la ley general sobre cementerios
32	Cuidar que los alimentos sean de buena calidad, evitando la venta de los malsanos y corrompidos
33	Disponer el arreglo y mejor comodidad en los mercados públicos
34	Celar que en las boticas no se expendan drogas rancias o adulteradas, a cuyo efecto cada vez que lo crean conveniente nombrarán para su reconocimiento un facultativo o facultativos que estarán obligados a dar cuenta bajo su responsabilidad del estado en que las encuentren
35	Procurar la desecación de los pantanos, dar corriente a las aguas estancadas en las calles, plazas o inmediaciones de la población, y remover todo lo que pueda alterar la salud pública
36	Dar aviso al jefe político luego que se advierta en el municipio alguna enfermedad reinante para que por su medio se tomen las medidas necesarias a fin de cortar el mal en su origen, sin perjuicio de dictar por sí preventivamente las que crean conducentes al mismo objeto.
37	Con este fin laudable, nombrará una Junta de Sanidad, compuesta de uno o dos regidores, el síndico o síndicos procuradores, tres o más vecinos y un facultativo, si lo hubiese en el lugar, para que promueva cuanto sea conveniente, ayudando de este modo en sus tareas al cuerpo municipal
38	Cuidar del buen estado y ventilación de las cárceles, de su aseo, comodidad y de que no se cometa en ellas abuso alguno. Igualmente del de los hospitales, casas de amparo y demás establecimientos de beneficencia pública
40	Cuidar de la limpieza y aseo de las calles, procurando cuanto sea posible ... para que proporcionen belleza y salud a la población

Fuente: Doc. 9

Así pues, conforme a esa jerarquía administrativa, el proyecto sanitario liberal se estructuró en torno a dos pilares: la prevención y la respuesta a emergencias epidémicas. La prevención se basó en conceptos higienistas y se implementó a nivel local mediante Comisiones de Policía, subordinadas a los ayuntamientos.

El segundo pilar, la respuesta a epidemias, fue responsabilidad de las Juntas de Sanidad. Estas juntas tomaban medidas para contener brotes y gestionar crisis, siendo temporales a diferencia de las Comisiones de Policía, y se formaban en situaciones epidémicas para luego disolverse.

Comisión de Policía

Al analizar de cerca la evolución de las Comisiones de Policía en Yucatán durante el siglo XIX, es posible identificar dos etapas en su formación y desarrollo. La primera abarca desde 1825 hasta 1850, marcada por la creación inicial de estos cuerpos y la definición de sus funciones. La segunda etapa inicia a mediados del siglo XIX y culmina en 1880, cuando se establecen plenamente y comienzan a integrarse con las Juntas de Sanidad.

Primera etapa. Las primeras pruebas de la formación de las Comisiones de Policía en Yucatán datan de la tercera década del siglo XIX y se encuentran en los libros de actas de cabildo de las ciudades de Mérida y Campeche. Estos documentos revelan que a partir de 1826, estas comisiones ya estaban en operación, ocupándose de la limpieza, la gestión de desechos, el mantenimiento del orden público y la vacunación. Además, colaboraron con las Juntas de Sanidad para abordar la crisis epidémica del cólera en 1833 (Peniche, 2016).

En esta etapa, las Comisiones de Policía carecían de una posición formal en la estructura de los gobiernos locales, y sus funciones aún no estaban codificadas. En parte por eso, enfrentaban dificultades para acceder a recursos financieros o jurídicos del Estado. Aunque se les autorizó emplear a presos correccionales y sentenciados a obras públicas para las labores de saneamiento de ciudades y pueblos, especialmente en Mérida, su financiamiento dependía de los escasos recursos asignados por el cabildo, insuficientes para abordar las numerosas tareas que tenían asignadas (Doc. 49). A pesar del proceso de secularización del estado, durante esta etapa las Comisiones de Policía no pudieron prescindir de la colaboración y aprobación de los párrocos, curas y otras autoridades eclesiásticas. Esto se debía a que ellos ejercían una gran influencia sobre la población y tenían control sobre algunas de las prácticas que se buscaban reformar, como las ceremonias fúnebres o las festividades públicas (Peniche, 2016).

Segunda etapa. El reconocimiento oficial y la regulación de las Comisiones de Policía evolucionaron gradualmente, en un periodo de aproximadamente 40 años. El cabildo de Mérida fue el primero en codificar sus tareas mediante la emisión de su reglamento en 1843. La idea de regular sus labores, no obstante, se había discutido una década atrás, pero la aparición de la epidemia de cólera y los conflictos políticos internos retrasaron la concreción de este proyecto. Bajo el gobierno liberal de Miguel Barbachano en 1852, se publicó otro reglamento

de la Comisión de Policía de la ciudad de Mérida, más elaborado y amplio en sus responsabilidades. En 1870 se emitió uno aparentemente nuevo, pero muy similar al de 1852, incluyendo reformas realizadas en 1858. Luego, entre 1869 y 1879 muchas localidades del interior del estado siguieron el ejemplo de Mérida, y sus cabildos elaboraron y publicaron sus propias ordenanzas y reglamentos de policía (Docs. 11-23, 24-39).

Al regular las funciones policiales y establecer multas para los infractores, las Comisiones de Policía generaron una fuente de ingresos que destinaban al cumplimiento de sus responsabilidades. A partir de 1870, se publicaron regularmente en los periódicos oficiales listas de personas multadas, junto con los montos recaudados y los gastos correspondientes. Además, en esta segunda etapa, comenzaron a tener empleados permanentes designados como “agentes de policía”, quienes tenían tareas de limpieza y vigilancia. Estos agentes eran financiados a través de los fondos municipales.

Desde el siglo XVII, el término “policía” abarcaba el orden, la limpieza y la presentación de espacios públicos en consonancia con la idea de civilidad (Doc. 62). Aún hoy, mantiene su definición de “mantenimiento del orden en ciudades y repúblicas según leyes” (RAE). En el siglo XVIII, con la Ilustración, “policía” incluyó el “aseo” y la salubridad (Doc. 45), evolucionando hacia una disposición saludable de cosas y preocupándose por la salud en general.³

Ilustración 4. Funciones sanitarias asignadas a las Comisiones de Policía, 1870

Comisión de Policía	Comisión de Policía de Salubridad
Inspeccionar aseo del mercado y portales de venta	Visitar mercados, pulperías y panaderías
Vigilar compostura de calles	Cuidar la buena calidad de alimentos
Asegurar desecación de pantanos	Advertir al ayuntamiento en caso de enfermedad epidémica
Cuidar limpieza de pozos de uso común	Vigilar enterramientos y disposición de cementerios
Vigilar desagüe de aguas insalubres y malsanas	Vigilar que sólo presten servicios curativos los médicos y cirujanos cuyos títulos se presentaron ante el ayuntamiento
Impedir juegos prohibidos en espacios públicos	Cuidar la conservación del pus vacuno
Impedir excesos	Llevar una relación de vacunados
Vigilar billares y casas de diversión	
Vigilar edificios en ruinas	
Cuidar de calzadas y empedrados	

Fuente: Doc. 49

³ “Policía: La que se refiere a todo lo que tiene relación con el cuidado de la vía pública en general, limpieza, higiene, salubridad y ornato de los pueblos. Está hoy encomendada a los ayuntamientos y a los alcaldes” (Doc. 46).

Las Comisiones de Policía en los municipios actuaron en tres ámbitos: espacios, consumo y atención médica e inmunización (Docs. 40-43, 24-39). Los espacios en los que tomaron medidas incluyeron cementerios, mercados, mataderos, calles y caminos públicos. ¿Por qué los cementerios? A finales del siglo XVIII comenzó a surgir la idea de que, por razones de salud, era necesario dejar de enterrar a los muertos en las iglesias y construir cementerios fuera de las áreas pobladas, donde el viento pudiera dispersar los miasmas que se consideraban causantes de enfermedades epidémicas.

Sin embargo, este proyecto avanzó lentamente y le llevó mucho tiempo materializarse (Peniche, 2016). Una vez que los cementerios fueron trasladados, los municipios enfrentaron dificultades para mantenerlos en condiciones adecuadas (Doc. 58). La falta de recursos fue uno de los obstáculos que enfrentaron las Comisiones de Policía para el cumplimiento de estas disposiciones. Los impuestos de los cementerios se recaudaban, pero no se destinaban a su mantenimiento y eran insuficientes. Su limpieza y cuidado dependía del trabajo voluntario de los vecinos (tequio), que a veces no se llevaba a cabo como se esperaba. La calidad de los muros difería según el pueblo: en Yaxcabá y Hocabá por ejemplo, eran de cal y canto, mientras que en otros eran menos resistentes (Doc. 53).

Ilustración 5. Derechos municipales por el uso de cementerios en Yucatán, 1870

Concepto	Cantidad
EN FOSA COMÚN	
Inhumación sin cajón	2 reales
Inhumación con cajón	6 reales
EN BÓVEDA	
Inhumación en bóveda grande	3 pesos, 2 reales
Inhumación en bóveda chica	2 pesos, 6 reales
EXHUMACIONES	
Generalmente	2 reales
POR EXTRACCIÓN DEL CEMENTERIO	
De los restos de una persona	3 pesos

Fuente: *La Razón del Pueblo*, año IV, Número 475, lunes 10 de octubre de 1870, Mérida, Yucatán

En relación a los mercados, se estableció la necesidad de mantener bajo supervisión constante su limpieza diaria, abarcando tanto las mesas como los utensilios empleados en el comercio de carne y productos alimenticios. A su vez, los proveedores de carne tenían la responsabilidad de exhibir en sus puestos un tarjetón visible, detallando los precios al por mayor y al por menor. En lo que concierne a los mataderos, además de asegurar una limpieza adecuada, las Comisiones de Policía tuvieron la misión de garantizar que el sacrificio de ganado destinado al abastecimiento se efectuara únicamente en el rastro público, evitando su realización en otros sitios.

Otro de los espacios en los que las Comisiones de Policía tomaron medidas fue en las calles públicas. Idealmente, debían ser anchas, limpias, estar bien empedradas y niveladas para prevenir la acumulación de agua y la formación de barro y sedimentos contaminados (Doc. 59). Sin embargo, la opinión médica con respecto a las calles de Mérida se resumía en la frase: “todo es peligro, todo es mortificación”.

Por aquí: fragmentos de botellas, de garrafones, de tazas, de clavos, de maderas, piedras sueltas, basura, fangos, polvo, cadáveres de animales, materias fecales. Por allí: carruajes a todo escape, bestias sin frenos, ganados conducidos sin seguridades, perros en eterna pelotera que no dejan reposar a los habitantes y que atropellan y muerden a los transeúntes. Por allá: jaurías y muchachos que dicen sinvergüenzas (Doc. 52).

Por lo tanto, se establecieron prohibiciones que incluían desechar basura, cacharros, piedras, aguas contaminadas y animales muertos en las calles. También se vedaba el lavado de carruajes y caballos en los espacios públicos. Aquellos que transportaran carbón, forraje, harina u otros objetos que generaran desperdicios tenían la obligación de limpiar la zona que hubieran ensuciado. La micción y la defecación en las calles estaban prohibidas, al igual que la instalación de tubos o conductos en el exterior de los edificios (comúnmente llamados “caños volados”) para drenar techos o terrazas hacia las vías públicas. También estaba prohibido quemar basura o chile en patios o solares, ya que el humo afectaba las calles. Las basuras, los residuos de jabonerías y cualquier otro tipo de impurezas debían ser eliminados fuera del poblado.

El embellecimiento de las calles, conocido como “ornato”, era otro aspecto considerado por la policía. Se establecían condiciones óptimas cuando las fachadas, laterales, muros, puertas, portones y ventanas de las casas y edificios públicos estaban pintados en cualquier color excepto oscuro o blanco. También se exigía que las fachadas se mantuvieran libres de maleza y, si producían polvo, debían regarse cada tarde para prevenirlo. Las Comisiones de Policía eran responsables de supervisar el cumplimiento de estas normativas, recayendo en los propietarios de las viviendas la tarea de garantizarlo, o en los administradores en el caso de edificios públicos.

También se prohibía obstruir el libre tránsito en las calles y aceras. Esto abarcaba desde estacionar vehículos y carruajes en lugares públicos como los portales, hasta transportar cargas voluminosas por las aceras. Cualquier individuo que bloqueara el paso estaba sujeto a una infracción por parte de la Comisión de Policía. Otro tema que requería atención en las calles de Mérida era la cuestión de los animales. Se prohibía dejar animales de carga o transporte sin rienda ni conductor. Sin embargo, el problema de los perros parecía ser de mayor envergadura, ya que una cantidad considerable de perros callejeros se encontraba en plazas, parques, calles, mercados, tribunales, templos, el palacio municipal, cuarteles, rastro e incluso en el teatro. Inicialmente, se estableció que la Comisión

de Policía llevaría un registro de canes, asignando a cada uno una placa con su número de identificación. Para transitar por las calles, era obligatorio que llevaran, además de su identificación, un bozal, con el fin de prevenir ataques a los peatones. En caso contrario, la Comisión de Policía tenía la autoridad para proceder al sacrificio de los perros.

En lo que respecta al consumo, la Comisión de Policía debía garantizar que alimentos como carnes, leche, pescados, frutas y legumbres se vendieran en un estado apropiado de madurez y frescura. Además, se encargaba de asegurarse de que las especias no estuvieran corrompidas ni adulteradas. Asimismo, se les encomendaba la tarea de verificar que los licores y otras bebidas fermentadas no presentaran alteraciones y que los productos de las farmacias mantuvieran su calidad óptima. Para llevar a cabo estas inspecciones, se realizaban visitas regulares a los mercados y otros puntos de distribución.

El tercer ámbito en el que las Comisiones de Policía operaban era la atención médica y la inmunización. La atención médica formaba parte de las responsabilidades municipales en las ciudades y villas, donde se disponía de profesionales médicos. Los secretarios de los ayuntamientos solicitaban a la Universidad una lista completa de médicos y cirujanos, independientemente de si ejercían o no. Estos profesionales respondían a las solicitudes de asistencia médica de cualquier individuo para brindar primeros auxilios a los heridos. Si detectaban indicios de una posible epidemia, estaban obligados a informar de inmediato al jefe político del partido en la región donde se hubieran encontrado los signos. Además, las Comisiones de Policía también supervisaban las operaciones de vacunación contra la viruela, que estaban a cargo del Director de Vacunación nombrado por el gobierno estatal, así como del subdirector asignado por el municipio correspondiente.

Juntas de Sanidad

Mientras las Comisiones de Policía se encargaron de la prevención, las Juntas de Sanidad asumieron el control de las emergencias epidémicas provocadas por viruela, fiebre amarilla o cólera: la Junta Suprema de Sanidad (también llamada Junta General), y Juntas de Sanidad municipales (o Juntas subalternas). Esta estructura, introducida en Yucatán en el siglo XIX, tenía sus raíces en la España borbónica, formando parte de un plan de centralización sanitaria que se adaptó localmente para abordar situaciones epidémicas excepcionales (Hernández, 2015). La cabeza de la centralización era la Junta Suprema, dirigida por el gobernador, encargada de tomar decisiones; sin embargo, esta centralización resultaba poco práctica en términos operativos. Por lo tanto, la responsabilidad de implementar las decisiones de la Junta Suprema y de recopilar información epidemiológica recayó en las juntas municipales o subalternas.

A diferencia de las Comisiones de Policía, estas Juntas tenían un carácter temporal y se convocaban solamente si surgía una amenaza a la salud pública. Esto ocurría cuando se recibían noticias sobre brotes epidémicos en ciudades conectadas por vía marítima con Yucatán, como Veracruz, La Habana, Nueva Orleans y Nueva York, o cuando se informaba de casos sospechosos en cualquier parte del estado.

En todos los territorios influidos por el liberalismo gaditano se establecieron Juntas de Sanidad en 1813. En Yucatán la primera fue creada el 24 de noviembre, y estaba compuesta por un representante de la Cámara de Diputados, tres vecinos y dos facultativos (Peniche, 2016). Hasta antes de 1840, las Juntas de Sanidad municipales se encargaban de la conservación del pus vacuno y de la vacunación antivariólica. Sin embargo, con la implementación del primer “Reglamento general para el gobierno interior de los pueblos”, estas responsabilidades fueron transferidas a las Comisiones de Policía (Doc. 10).

La Junta General de Sanidad, encabezada por el gobernador del Estado, tenía una estructura que enfatizaba más la formalidad que la funcionalidad. En realidad, eran las Juntas de Sanidad de Mérida y Campeche las que centralizaban la información y asumían la responsabilidad de tomar decisiones. Luego, estas decisiones se comunicaban a las Juntas municipales para llevar a cabo su implementación operativa a nivel local.

La Junta General de Sanidad de Yucatán se reunió por primera vez en 1832, ante la amenaza del cólera. Inspirados por las experiencias de Francia y España, los reconocidos médicos Alejo Dancourt y Juan Hübe (originarios de Francia y Alemania, respectivamente) elaboraron un informe para la Junta. En este documento, describieron minuciosamente la naturaleza y propagación del cólera, presentaron métodos de tratamiento, propuestas preventivas y recomendaciones para la organización municipal, con el fin de implementar estas medidas de manera efectiva (Peniche, 2016).

En el informe, los médicos describieron al gobierno estatal como una entidad de carácter “paternal”, cuya principal responsabilidad residía en salvaguardar la vida de los ciudadanos. Paralelamente, se encomendaba a las “autoridades subalternas”, es decir, municipales, la labor de llevar a cabo y mantener las medidas especificadas por este enfoque de “gobierno paternal”. Sin embargo, tanto Dancourt como Hübe expresaron escepticismo acerca de la capacidad de estas entidades municipales para actuar con la rapidez necesaria en situaciones de emergencia epidémica (Doc. 48).

Para superar las trabas burocráticas y la dilación en la toma de decisiones, Dancourt y Hübe propusieron establecer Juntas de Sanidad en Mérida y Campeche mientras durara la amenaza del cólera. Estas juntas tendrían funciones

claramente definidas: revisar las leyes y disposiciones vigentes relacionadas con la cuarentena, establecer normativas vigorosas y efectivas para frenar la propagación de enfermedades, proponer acciones de aislamiento para las comunidades y brindar asistencia a los enfermos. Además, a través de la prensa se encargarían de difundir información valiosa al público, como métodos de prevención y tratamiento. Ambas juntas también asumirían la supervisión de todos los partidos que conformaban el Estado de Yucatán. El informe elaborado por estos dos médicos subraya la importancia de involucrar al mayor número posible de facultativos en las Comisiones de Mérida y Campeche (Doc. 48).

Varias Juntas de Sanidad se establecieron entre 1832 y 1833 como respuesta a la amenaza del cólera y fueron desmanteladas una vez que la enfermedad fue controlada. Tras esa epidemia, en 1849 se restableció la Junta de Sanidad de Mérida para detectar y prevenir cólera y fiebre amarilla, pues se tenían noticias de brotes en Nueva York y La Habana. Durante la sesión, se determinó instruir al ayuntamiento de Sisal a crear su propia Junta de Sanidad con la máxima prontitud, ya que dicho puerto constituía el punto de entrada inicial para barcos provenientes de Cuba y Estados Unidos (Doc. 55).

Lo que en 1832 se conocía como la Junta General de Sanidad fue transformada en 1850 por el Congreso estatal en la Junta Suprema de Sanidad, coincidiendo con la promulgación de la Constitución política del estado, que asignaba al poder ejecutivo la responsabilidad de “proteger la salud pública del Estado”. La Junta Suprema, presidida por el gobernador, se erigía como una entidad centralizada convocada en situaciones de amenaza o emergencia epidémica. A diferencia del enfoque de 1832 en el que los médicos tenían una mayor representación, el decreto de 1850 diversificó la composición de estas entidades: un 30% de representantes políticos, un 40% de ciudadanos locales y el restante 30% conformado por un militar, un religioso y un médico (Doc. 7).

Ilustración 6. Composición de la Junta Suprema de Sanidad según el decreto de 6 de mayo de 1850.

Gobernador del Estado (presidente de la Junta)
Magistrado menos antiguo
Jefe Político de la capital
Presidente del Senado
Comandante Militar del Distrito
1 cura de la catedral
1 facultativo
4 vecinos nombrados por el gobierno

Fuente: «Decreto de 6 de mayo de 1850 estableciendo en el Estado una Junta Suprema de Sanidad y Juntas Superiores y Subalternas». *La Razón del Pueblo*. 21 de octubre de 1870, Año Iv, Núm. 480.

Composición de la Junta Suprema de Sanidad, 1850



Fuente: elaboración propia

A medida que se incrementaba la influencia política y militar en las Juntas, el conocimiento médico fue desplazado a un órgano consultivo denominado Junta Facultativa de Medicina y Farmacia. Compuesta por médicos del Instituto Literario de Yucatán, su rol consistía en asesorar y guiar a las Juntas de Sanidad en todo lo relacionado con la salud, la higiene y las epidemias (Doc. 51). A lo largo de la segunda mitad del siglo XIX, la Junta Facultativa tuvo varias apariciones: opinó acerca de los entierros en cementerios, se pronunció sobre las farmacias y brindó información durante brotes epidémicos. Por ejemplo, en 1857, dicha junta publicó un método de tratamiento para la fiebre amarilla; en 1878 presentó a la Junta Suprema una serie de medidas de higiene pública con el fin de atenuar el impacto de la epidemia que ocurrió en ese año (Doc. 57).

En 1850 quedó establecido que, dentro de la estructura de la administración política, la Junta Suprema lideraba las Juntas Superiores que se formaban en cada uno de los 12 partidos en los que se dividía el estado, siendo presididas por el jefe político. Las Juntas Subalternas se establecían en los municipios que no eran la cabecera de los partidos.⁴ En teoría, todas las juntas, independientemente de su jerarquía, debían tener una composición similar a la de la Junta Suprema, incluyendo representación política, militar, ciudadana, médica y religiosa. Sin embargo, esto no siempre era viable en todos los casos.

Durante el brote de viruela en 1870, por ejemplo, se establecieron Juntas de Sanidad en la mayoría de los distritos del estado. Los registros muestran que solo en Maxcanú no se contó con la participación de un médico, y la presencia de párrocos fue limitada. La participación militar se documentó exclusivamente

⁴ 12 partidos según la Ley Constitucional de 1862.

en Valladolid, Espita y Tizimín, debido a que eran los únicos lugares con bases permanentes. Recordemos que a lo largo de la mayor parte de la segunda mitad del siglo XIX, Yucatán estuvo envuelto en un conflicto armado, y precisamente la región oriental, compuesta por Valladolid, Espita y Tizimín, era la más tumultuosa y presentaba una mayor presencia militar.

Las Juntas de Sanidad de Sisal y Progreso cobraron una importancia especial por su enfoque en la vigilancia marítima, y siempre contaron con uno o más médicos capacitados para llevar a cabo inspecciones en barcos y a los pasajeros (Docs. 44, 56). A diferencia de los médicos de otras Juntas, estos profesionales sí recibían un estipendio del estado debido a la relevancia de su rol en las inspecciones marítimas (Doc. 50).

Ilustración 7. Composición de las Juntas de Sanidad en las cabeceras de partido, Yucatán, 1870

Lugar	Presidente	Miembros del cabildo	Medico	Vecinos	Cura
Ticul	Medina, Felipe (jefe político)	Rosado, José María (vocal del ayuntamiento)	Guzmán, Lorenzo	Barrera, Antonio	
		Imán, Martín (síndico procurador)		Medina, Perfecto	
				Cuevas, Benjamín	
Mérida		Castillo, Macedonio; (capitular)	González, José María (Lic. En Medicina y Cirugía)	Vales, Agustín	
		Villajuana, Agustín (capitular)		Aznar, B.	
				Ancona, Joaquín	
Maxcanu	Brito, José (jefe político)	Novelo, Santiago (regidor)		Castillo, José	
		Sánchez, Manuel (síndico procurador del ayuntamiento)		Solís, Camilo	
				Méndez, Lorenzo	
Temax	Canto (jefe político)		Cervera, Marcial	Villafañá, Juan	Sánchez, Pedro
				Castellanos, Miguel	
				Bobadilla, Román	
				Escoffie, Carlos	

Izamal	Díaz, Felipe		Méndez, Braulio Antonio	Reyes, Joaquín,	
				Bolio, José	
				Molina, José Trinidad	
				González Contreras, Juan	
				Cuevas, Benjamín	
Valladolid	Traconis, Daniel (coronel)		Pio Manzano, Juan	Valencia, Francisco	Iturralde, Juan María
				Rosado, José Eligio	
				Barrera, Francisco	
				Barceló, Mateo	
				Osorno, Evencio	
Espita	Sierra, Domingo (jefes político)	Ruiz, Federico (comandante militar)	Vallado, Fabián (Lic. en medicina y cirugía)	Rosado, Laureano;	López, Felipe
				Rodríguez Atoche	
				Rivas, Roberto	
Tizimin		Aguilar, José (Regidor)	Arjona, Pedro (Lic. En Medicina)	Guillermo, Tiburcio	Pérez, Manuel
		Aranda, Arcadio (Síndico)		Arce, Manuel	
		Campos, Domingo (comandante militar)			

Fuente: *La Razón del Pueblo*, 28 de marzo, 22, 27 y 29 de junio; 3 de septiembre; 19, 21 y 31 de octubre; 2, 7, 11, 18 y 23 de noviembre (1870).

La efímera existencia de la Junta Suprema de Sanidad se refleja en su reducido número de reuniones a lo largo del siglo XIX: en 1832, previa a la primera epidemia de cólera (entonces llamada Junta General de Sanidad); en 1853, durante la segunda epidemia de cólera; en 1870, durante un brote de viruela; y en 1878 y 1879, en medio de la epidemia de fiebre amarilla. Esta misma característica se aplicaba a las Juntas Superiores en los ayuntamientos. El Dr. W. G. Cantón, al resaltar su ineficacia, las describió como “Juntas de Circunstancias”. Según él, los principales desafíos en la estructura y funcionamiento de las Juntas de Sanidad (Suprema, Superiores o Subalternas) eran dos: la limitación de recursos humanos y la carencia de fondos (Doc. 47).

Con relación al primer aspecto, los miembros de las juntas tenían compromisos adicionales y destinaban un tiempo mínimo a los asuntos locales de higiene y salud. Respecto al segundo punto y a la cuestión de los fondos, solo algunos médicos recibían algún tipo de remuneración. Ocasionalmente los ayuntamientos les proporcionaban entre \$30 y \$60 por su papel como asesores en las juntas y como inspectores de policía sanitaria, pero esto no era suficiente ni para cubrir sus gastos en la atención de los enfermos. Un ejemplo ilustrativo se presenta en la ciudad de Mérida, donde el simple alquiler de un carruaje necesario para las inspecciones sanitarias ascendía a \$30. En ocasiones, los ayuntamientos se hacían cargo de los gastos de los médicos que atendían a los enfermos durante epidemias. En 1853, por ejemplo, los profesores de medicina Miguel Ancona y Manuel Arias recibieron \$169 por su labor en los pueblos de Baca e Ixil para tratar a los afectados por fiebre amarilla (Doc. 47). En 1857, Manuel Arias recibió \$16 por su atención a los afectados por fiebre amarilla en Valladolid (Doc. 60, 61).

A partir de 1880, en Yucatán se experimentó un periodo marcado por numerosas reformas legislativas y administrativas en el Estado. Entre ellas se destaca la fundación en 1895 del Consejo Superior de Salubridad, el cual, para 1911, se transformó en la Junta Superior de Sanidad, evolucionando de ser un consejo a convertirse en una institución. A diferencia de sus predecesoras, que son abordadas en este artículo, estas juntas empezaron a operar de manera continua y asumieron muchas de las funciones previamente a cargo de las Comisiones de Policía.

Conclusiones

En la introducción de este artículo, se planteó que la salud pública, al estar intrínsecamente relacionada con la formación de los estados nacionales, incorpora las decisiones políticas del Estado, junto con las tensiones, desafíos y transformaciones que esto implica. Así, al examinar el caso de Yucatán, observamos que entre 1813 y 1880 se configuró un sistema de salud pública que fusionó dos tradiciones políticas aparentemente opuestas, pero que en realidad eran coherentes con los esfuerzos de reconciliar distintos intereses políticos, considerando la historicidad de una sociedad profundamente jerárquica: la (relativa) autonomía política y administrativa de los ayuntamientos y, la centralización del poder encarnada en la figura del gobernador del Estado así como en las ciudades de Mérida y Campeche. Las Comisiones de Policía y las Juntas de Sanidad fueron las entidades que, en la práctica, fusionaron esas dos perspectivas políticas:

Por un lado, a partir de las cortes de Cádiz, se retomó la idea liberal de fortalecer las municipalidades como la base de la organización política, con la intención de asignarles –entre otras cosas- las responsabilidades en materia de

sanidad. Esta noción se incorporó en las constituciones estatales, y era consistente con los principios liberales de limitar el poder central y fomentar la autonomía local. Así, los pueblos podrían adaptar políticas según sus necesidades y evaluar su eficacia en un ámbito más reducido.

En este contexto, las Comisiones de Policía asumieron responsabilidades de reestructuración y ordenamiento a nivel local, convirtiendo el higienismo en la principal corriente ideológica de la nueva sociedad. Dichas comisiones eran designadas entre los miembros del cabildo, lo que requería contar con la categoría de ciudadanía como condición previa a fin de acceder a estos cargos mediante elecciones. Para ser considerado ciudadano, era necesario saber leer y escribir, así como contar con un oficio, industria o propiedad reconocidos. En Yucatán, donde la mayoría de la población maya se dedicaba a la agricultura, esta exigencia resultó en que la sanidad, al igual que muchos otros aspectos gubernamentales, quedara bajo el control de una pequeña élite, de la cual quedaban excluidos los mayas.

En los textos constitucionales de 1825 y 1841, la concepción en torno a las Juntas de Sanidad compartía similitudes con las Comisiones de Policía. Ambas debían gozar de cierta autonomía municipal y contar con la flexibilidad necesaria para adecuarse a las condiciones y requerimientos locales. La distinción entre estos dos tipos de entidades residía en su duración, ya que unas eran permanentes y se centraban en la prevención, mientras que las otras, al ser temporales, intervenían en situaciones de emergencia.

Sin embargo, en el contexto de la pandemia de cólera de 1833, en Yucatán se instituyó un sistema jerarquizado de juntas de sanidad que priorizaba la concentración del poder. En este esquema, una junta liderada por el gobernador encabezaba la estructura, seguida por dos juntas con base en Mérida y Campeche, y luego las demás, situadas en los municipios y ayuntamientos.

Esta estructura quedó establecida de manera definitiva en la Constitución de 1850, y su funcionamiento se delineó de manera más precisa durante la segunda epidemia de cólera que azotó a Yucatán en 1853. Este brote ocurrió poco después del inicio de la Guerra de Castas, en un período en el cual se buscaba sobrellevar los primeros años tumultuosos de este conflicto. Entre 1847 y 1850 aproximadamente tres cuartas partes de los municipios habían sido capturados por los rebeldes. Aunque para 1853 muchos ya habían sido recapturados por las fuerzas militares, aún se encontraban en condiciones desoladoras, tratando de reconstruir su infraestructura, recuperar sus espacios públicos y reactivar su actividad económica. Además, estaban haciendo esfuerzos por persuadir de regresar a gran parte de su población que había huido. En el contexto de la amenaza de un segundo brote de cólera, los municipios no estaban en condiciones de establecer Juntas de Sanidad por sí mismos. Por lo tanto, se necesitaba una autoridad central que asumiera la responsabilidad de gestionar la emergencia.

Dado su carácter temporal y su función en emergencias, las Juntas de Sanidad no estaban ancladas en los cabildos, como las comisiones de policía, sino que buscaban una supuesta representación ciudadana. No obstante, esta representación reflejaba la configuración estructural del poder a nivel estatal: integrantes de los cabildos, ciudadanos notables, profesionales (médicos), miembros del clero y militares. Posteriormente, esta estructura de centralización del poder en asuntos de sanidad, quedó plasmada a nivel constitucional, y sentó las bases para la creación del Consejo de Salubridad en 1895, que luego se convertiría en la Junta Superior de Sanidad en 1911. 

FUENTES PRIMARIAS:

Constituciones y Reglamentos

- (Doc. 1) “CONSTITUCIÓN Política de la monarquía española promulgada en Cádiz a 19 de marzo de 1812”, disponible en: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/8/3525/16.pdf> (consultado: 08/09/2023)
- (Doc. 2) “CONSTITUCIÓN política de la República de Colombia de 1821”, disponible en: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/5/2212/6.pdf> (consultado: 08/09/2023)
- (Doc. 3) “CONSTITUCIÓN Federal de los Estados Unidos Mexicanos sancionada por el Congreso General Constituyente el 4 de octubre de 1824”. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/biblioteca/bibdig/const_mex/const_1824.pdf (consultado: 08/09/2023)
- (Doc. 4) “CONSTITUCIÓN Política del Estado Libre de Yucatán sancionada por su Congreso Constituyente en 6 de abril de 1825”. Disponible en: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/12/5624/66.pdf>, (consultado: 08/09/2023)
- (Doc. 5) “CONSTITUCIÓN política de la República de Chile de 1833”. Disponible en: https://www.bcn.cl/historiapolitica/constituciones/detalle_constitucion?handle=10221.1/17685, (consultado: 08/09/2023)
- (Doc. 6) “CONSTITUCIÓN política de Yucatán de 1841”. Disponible en: <https://www.worldstatesmen.org/Yucatan1841.pdf> (Consultado: 19/09/2023)
- (Doc. 7) “CONSTITUCIÓN Política del Estado de Yucatán sancionada el 16 de septiembre de 1850”; KGF 9237.2 1850; CAIHLY. 1850. Mérida.
- (Doc. 8) “CONSTITUCIÓN Política del Estado de Yucatán sancionada el 21 de abril de 1862 / Liborio Irigoyen, gobernador, A.G. Rejón, secretario”; 342-GOB I75 1867; CAIHLY. Mérida. 1867.
- (Doc. 9) “LEY Constitucional para el Gobierno Interior de los Pueblos. [Follete-ría]/Miguel Barbachano”; VII-1850-06; CAIHLY. Mérida. 1850.
- (Doc. 10) “REGLAMENTO para el gobierno interior de los pueblos, Yucatán, 1841”. Disponible en: http://www.bibliotecavirtualdeyucatan.com.mx/busq_rap.php, (consultado: 08/09/2023)

Ordenanzas municipales

- (Doc. 11) “ORDENANZAS municipales de la Villa de Temax”. *La Razón del Pueblo*, Año V, n. 52. Mérida. 4 de enero de 1871.

- (Doc. 12) “ORDENANZAS municipales de Maxcanú”. *La Razón del Pueblo*, Año II, n. 151, 3ª época. Mérida. 1 de diciembre de 1879.
- (Doc. 13) “ORDENANZAS municipales de Sisal”. *La Razón del Pueblo*, Año V, n. 52. Mérida. 4 de enero de 1871.
- (Doc. 14) “REGLAMENTO de ordenanzas municipales para el Ayuntamiento de la ciudad de Izamal”. *La Razón del Pueblo*, Año IV, n. 464. Mérida. 14 de septiembre de 1870.
- (Doc. 15) “REGLAMENTO de ordenanzas municipales para el Ayuntamiento de la Villa de Temax”. *La Razón del Pueblo*, Año V, n. 597. Mérida. 21 de julio de 1871.
- (Doc. 16) HALACHÓ, discusión en el Congreso del proyecto de sus ordenanzas. *La Razón del Pueblo*, Año IX, n. 303, 2ª época. Mérida. 20 de octubre de 1876.
- (Doc. 17) HOCTÚN, discusión en el Congreso del proyecto de sus ordenanzas. *La Razón del Pueblo*, Año IV, n. 457. Mérida. 29 de agosto de 1870.
- (Doc. 18) IZAMAL, discusión en el Congreso del proyecto de sus ordenanzas. *La Razón del Pueblo*, Año IV, n. 465. Mérida. 16 de septiembre de 1870.
- (Doc. 19) SISAL, dictamen del proyecto de sus ordenanzas. *La Razón del Pueblo*, Año V, n. 514. Mérida. 9 de enero de 1871.
- Doc. 20) TEABO, dictamen del proyecto de sus ordenanzas. *La Razón del Pueblo*, Año V, n. 614. Mérida. 30 de agosto de 1871.
- (Doc. 21) TEKAX, discusión en el Congreso del proyecto de sus ordenanzas. *La Razón del Pueblo*, Año VI, n. 670. Mérida. 8 de enero de 1872.
- (Doc. 22) TEMAX, discusión en el Congreso del proyecto de sus ordenanzas. *La Razón del Pueblo*, Año V, n. 545. Mérida. 22 de marzo de 1871.

- (Doc. 23) TIXKOKOB, discusión en el Congreso del proyecto de sus ordenanzas. *La Razón del Pueblo*, Año IX, n. 303, 2ª época. Mérida. 20 de octubre de 1876.

Reglamentos de policía

- (Doc. 24) CELESTÚN, Reglamento de Policía. *La Razón del Pueblo*, Año VI, n. 681. Mérida, 02 de febrero de 1872.
- (Doc. 25) CONKAL, Reglamento de Policía. *La Razón del Pueblo*, Año II, n. 62. Mérida, 09 de marzo de 1879.

- (Doc. 26) ESPITA, Reglamento de Policía. *La Razón del Pueblo*, Año IV, n. 415. Mérida. 20 de junio de 1870.
- (Doc. 27) HOCABÁ, Reglamento de Policía. *La Razón del Pueblo*, Año VI, n. 706. Mérida, 24 de abril de 1872.
- (Doc. 28) HOCTÚN, Reglamento de Policía. *La Razón del Pueblo*, Año V, n. 600. Mérida. 28 de julio de 1871.
- (Doc. 29) HUHI, Reglamento de Policía. *La Razón del Pueblo*, Año V, n. 633. Mérida, 13 de octubre de 1871.
- (Doc. 30) HUNUCMÁ, Reglamento de Policía. *La Razón del Pueblo*, Año V, n. 297. Mérida. 6 de enero de 1871.
- (Doc. 31) IZAMAL, Reglamento de Policía. *La Razón del Pueblo*, Año IV, n. 469. Mérida. 21 de septiembre de 1870.
- (Doc. 32) MOTUL, Reglamento de Policía. *La Razón del Pueblo*, Año V, n. 527. Mérida. 8 de febrero de 1871.
- (Doc. 33) SISAL, Reglamento de Policía. *La Razón del Pueblo*, Año II, n. 297. Mérida. 28 de julio de 1869.
- (Doc. 34) SOTUTA, Reglamento de Policía. *La Razón del Pueblo*, Año IV, n. 512. Mérida. 4 de enero de 1871.
- (Doc. 35) TEABO, Reglamento de Policía. *La Razón del Pueblo*, Año V, n. 621. Mérida. 15 de septiembre de 1871.
- (Doc. 36) TEMAX, Reglamento de Policía. *La Razón del Pueblo*, Año IV, n. 457. Mérida. 29 de agosto de 1870.
- (Doc. 37) TIXKOKOB, Reglamento de Policía. *La Razón del Pueblo*, Año II, n. 140. Mérida, 05 de abril de 1879.
- (Doc. 38) TIXKOKOB, Reglamento de Policía. *La Razón del Pueblo*, Año II, n. 14. Mérida. 05 de noviembre de 1879.
- (Doc. 39) VALLADOLID, Reglamento de Policía. *La Razón del Pueblo*, Año IV, n. 469. Mérida. 21 de enero de 1870.

Libros de cabildo

- (Doc. 40) “LIBRO de acuerdos de H. Ayuntamiento de Mérida, 1844”; XXX-VII-1843-009; CAIHLY. Mérida. 1844.
- (Doc. 41) “LIBRO de acuerdos de la Junta Municipal de Mérida/Palomino, 1874”; LMEP-077; CAIHLY. Mérida. 1874.

(Doc. 42) “LIBRO de acuerdos del Ayuntamiento de Progreso, 1874-1879”; LMEP-165; CAIHLY. Mérida. 1874-1879.

(Doc. 43) CABILDO de Mérida. Lectura de comisiones. *La Razón del Pueblo*. Año VIII, n. 1025. Mérida. 10 de abril de 1874.

Otros

(Doc. 44) “A. BARRERA comunica al gobernador haber dado posesión a Domingo Ávila como Médico de la Junta de Sanidad de Progreso”. Fondo Poder Ejecutivo 1843-1885, Sección Junta de Sanidad de Progreso, Serie Empleos, Caja 299, Vol. 249, Exp. 81, Fojas 1. AGEY. Progreso, 22 de septiembre de 1872.

(Doc. 45) “ACADEMIA Usual”. *Nuevo Tesoro Lexicográfico*. 1870. <http://ntlle.rae.es/> (consultado: 08/09/2023)

(Doc. 46) “ACADEMIA Usual”. *Nuevo Tesoro Lexicográfico*. 1884. <http://ntlle.rae.es/> (consultado: 08/09/2023)

(Doc. 47) CANTÓN, Waldemaro G. (1875). “Higiene pública”. *La emulación*. t. II, pp. 113-121.

(Doc. 48) DANCOURT, Alejo y Juan HÜBE (1832). *Dictamen de la Junta General de Sanidad del (Doc. 1) Estado de Yucatan sobre la epidemia cholera morbo*. Campeche, Imprenta del Huracán. Disponible en: <https://collections.nlm.nih.gov/catalog/nlm:nlmuid-9517875-bk>, (Consultado: 19/09/2023)

(Doc. 49) “DE LA COMISIÓN de Policía”. *La Razón del Pueblo*, Año IV, n. 465. Mérida. 16 de septiembre de 1870.

(Doc. 50) “DOMINGO Ávila solicita al gobernador se le conceda la asignación de 60 pesos mensuales como médico de sanidad de Progreso». Fondo Poder Ejecutivo 1843-1885, Sección Gobierno del Estado de Yucatán, Serie Gobernación, Caja 303, Vol. 253, Exp. 20, Fojas 2. AGEY. Progreso, Mérida, 24 de enero de 1873.

(Doc. 51) “EXTRACTO de la sesión ordinaria [del Ayuntamiento de Mérida] del día 24 de mayo”. *Las garantías sociales. Periódico oficial*. Año 4, n. 413. Mérida. 16 de junio de 1858.

(Doc. 52) “GACETILLA”. *El Honor Nacional*, Año IV, n. 1. Mérida, 13 de enero de 1884.

(Doc. 53) GOBIERNO del Estado. “Informes de la Tesorería General de Yucatán”. *La Razón del Pueblo*, Año IV, n. 500. Mérida. 7 de diciembre de 1870.

- (Doc. 54) JEFATURA política de Mérida. “Puntos de higiene pública propuestos por la Junta Facultativa y adoptados por la Junta Suprema”. *La Razón del Pueblo. Periódico oficial del estado libre y soberano de Yucatán*, 3 Época, Año 1, n.41. Mérida. 3 de junio de 1878.
- (Doc. 55) “LA JUNTA de Sanidad de la capital”. *Boletín Oficial del Gobierno de Yucatán*. n. 366. Mérida. 12 de julio de 1849.
- (Doc. 56) “M. PERAZA, Juan Ríos, Carlos Ramones y otros comunican al gobernador los nombramientos de: ... Lic. Juan Guzmán Quezada como médico de sanidad del puerto de Progreso, etc.” Fondo Poder Ejecutivo 1843-1885, Sección Jefatura Política del Partido de Mérida, Serie Correspondencia Oficial, Caja 310, Vol. 260, Exp. 40, Fojas 12. AGEY. Mérida, 26 de abril de 1874.
- (Doc. 57) “MÉTODO curativo de la epidemia reinante conocida con el nombre de fiebre amarilla formado por la junta facultativa de medicina y cirugía de esta capital y mandado publicar por el excelentísimo señor gobernador del Estado”. *Las garantías sociales. Periódico oficial*, Año 2/Núm.292. Mérida. 12 de agosto de 1857.
- (Doc. 58) SECRETARÍA del Gobierno Superior Político del Departamento de Yucatán. “Sección Municipalidades”. *El Regenerador. Periódico Oficial*. Año 3, n. 3. Mérida. Lunes 14 de mayo de 1855, Mérida.
- (Doc. 59) SOLÍS, Pastor. “Higiene Pública”. *La Emulación*, t. I, n. 10, pp. 119-122. Mérida. Octubre de 1873.
- (Doc. 60) “TESORERÍA General de Yucatán. Notas”. *Las garantías sociales. Periódico oficial*, Año 2. N.311. Mérida. 23 de septiembre de 1857.
- (Doc. 61) “TESORERÍA General de Yucatán. Notas”. *Las garantías sociales. Periódico oficial*, Año 2, n. 323. Mérida. 21 de octubre de 1857.
- (Doc. 62) “TESORO de Cobarruvias”. *Nuevo Tesoro Lexicográfico*. 1611. <http://ntlle.rae.es/> (consultado: 08/09/2023)

Referencias

- ARANA LÓPEZ, Gladis Noemí (2016). “Entre compromisos y reglamentos. La consolidación de los ideales urbano-arquitectónicos en el México porfiriano (Mérida de Yucatán, 1876-1911)”. *Memoria y Sociedad*, 20(40), pp. 134-150.
- BADILLO, Alejandra (2019). “Rumbo al corazón de la tierra macehual: La campaña militar de Yucatán contra los mayas, 1899-1904”. Tesis de doctorado. Mérida, CIESAS.

- BELDARRAÍN CHAPLE, Enrique (2020). “Antecedentes y primeros momentos de la institucionalización de la higiene y la epidemiología en Cuba”. *Anales de la Academia de Ciencias de Cuba*, 10(1), Article 1. Disponible en: <https://revistaccuba.sld.cu/index.php/revacc/article/view/758/782> (Consultado: 22/09/2023)
- BOURDELAIS, Patrice (2007). “L’échelle pertinente de la santé publique au XIXe siècle: Nationale ou municipale?”. *Les Tribunes de la santé*, 14(1), pp. 45-52.
- CORBIN, Alain (1987). *El perfume o el miasma: El olfato y lo imaginario social, siglos XVIII y XIX*. México, Fondo de Cultura Económica.
- CÓRDOBA FLORES, Consuelo (2020). “Instituciones y políticas de salud pública en la Ciudad de México, de la Colonia al Porfiriato”. *HiSTORe-Lo. Revista de Historia Regional y Local*, 12(24), pp. 76-108. <https://doi.org/10.15446/historelo.v12n24.80770>
- CÓRDOBA FLORES, Consuelo y SANTOS ZERTUCHE, Francisco José (2015). “Salud pública, higienismo y espacio urbano. Las instituciones de la Beneficencia Pública durante el Porfiriato”. *Anuario de Espacios Urbanos, Historia, Cultura y Diseño*, n. 22 (enero-diciembre), Disponible: <http://zaloamati.azc.uam.mx/handle/11191/6546> (Consultado: 22/09/2023)
- CSERGO, Julia (1988). *Liberté, égalité, propreté: La morale de l’hygiène au XIXe siècle*. París, Albin Michel.
- DUMOND, Don E. (2005). *El machete y la cruz: La sublevación de campesinos en Yucatán*. México, UNAM.
- FOUCAULT, Michel (1996). *La vida de los hombres infames*. Buenos Aires, Editorial Altamira.
- GALENO, Claudio (2006). “Concepción sanitaria de la arquitectura: La salubridad que marcó el espacio moderno”. *Ciudad y Arquitectura (CA)*, pp. 36-37.
- HERNÁNDEZ VILLALBA, María José (2015). “La sanidad pública en las Cortes de Cádiz (1810-1814)”. Tesis doctoral. Universidad Carlos III de Madrid. Madrid.
- HERNÁNDEZ VILLALBA, María José (2015). “La sanidad pública en las Cortes de Cádiz (1810-1814)”. Tesis doctoral. Universidad Carlos III de Madrid. Madrid.

- IRIGOYEN, René (1980). “La economía anterior al auge henequenero”. En: *Enciclopedia Yucatanense*. t.11, pp.219-344. Mérida: Gobierno del Estado de Yucatán.
- JERROLD, Michael (2011). “The National Board of Health: 1879–1883”. *Public Health Reports*, 126(1), pp. 123-129.
- MARTÍNEZ ANTONIO, Francisco J. (2014). “L’année de la peste : Santé publique et impérialisme français au Maroc autour de la crise d’Agadir”. *Mélanges de la Casa de Velázquez*. Article 44-1. <https://doi.org/10.4000/mcv.5635>
- MENÉNDEZ, Eduardo (1992). “Salud pública: sector estatal, ciencia aplicada o ideología de lo posible”. (pp. 103-122). En: *La crisis de la salud Pública: reflexiones para el debate*. Washington: OPS.
- MURARD, Léon (2001). “La santé publique, matière administrative extraordinaire”. *Revue française des affaires sociales*, No. 4, pp. 77-83. <https://doi.org/10.3917/rfas.014.0077>
- MURARD, Lion y ZYLBERMAN, Patrick (1993). “Experts Et Notables: Les Bureaux Municipaux D’hygiène En France (1879-1914)”. *Genèses*, Núm.10, pp. 53-73.
- PENICHE MORENO, Paola (2016). *El cólera morbus en Yucatán: Medicina y salud pública 1833-1853*. México, CIESAS-Miguel Ángel Porrúa.
- ERAZA HERRERA, Ángela Yail (2014). “Las repúblicas indígenas frente al liberalismo en Yucatán, 1841-1868”, Tesis de maestría. Mérida, CIESAS.
- PORTER, Dorothy (2005). *Civilization and the State: A History of Public Health from Ancient to Modern Times*. Nueva York, Routledge.
- REYES-GARCÍA HURTADO, Manuel (2022).” La junta de sanidad de A Coruña y los barcos franceses entre 1722 y 1742: Salud pública y fuente de ingresos”. *Cuadernos de Estudios Gallegos*, 69(135), Article 135. <https://doi.org/10.3989/ceg.2022.135.10>
- ROSEN, George (1985). *De la policía médica a la medicina social: Ensayos sobre la historia de la atención a la salud*. México, Siglo XXI.
- TRUJILLO BOLIO, Mario Alberto (2005). *El Golfo de México en la centuria decimonónica: Entornos geográficos, formación portuaria y configuración marítima*. México, CIESAS.
- URTEAGA, Luis (1985). “Higienismo y ambientalismo en la medicina decimonónica”. *Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinæ Scientiarumque Historiam Illustrandam*, n.5, pp. 417-425.

- VARELA PERIS, Fernando (1998). “El papel de la Junta Suprema de Sanidad en la política sanitaria española del siglo XVIII”. *Dynamis: Acta hispanica ad medicinae scientiarumque historiam illustrandam*, Núm.18, pp.315-340.
- WARD, Peter (2019). *The Clean Body: A Modern History*. Montreal, McGill-Queen’s Press-MQUP.
- WARNER, Margaret (1984). “Local Control versus National Interest: The Debate over Southern Public Health, 1878-1884”. *The Journal of Southern History*, 50(3), pp. 407-428.



Epidemias y medicalización en una sociedad colonial: las Juntas de Sanidad en Honduras Británica, 1882-1920

Epidemics and medicalization in a colonial society:
the Boards of Health in British Honduras, 1882-1920

Daniel Méndez Encarnación

CIESAS, Unidad Peninsular (México)

<https://orcid.org/0009-0002-9231-0366>

d.mendez@ciesas.edu.mx; danen.anthis@gmail.com

Recibido: 22 de septiembre de 2023.

Aprobado: 26 de diciembre de 2023.

Resumen

Este artículo analiza los cambios producidos en la relación imperial-colonial durante la creación de las Juntas de Sanidad en Honduras Británica. Se examinan los procesos de crisis política y sanitaria causados por las enfermedades tropicales y la emergencia de una burocracia médica colonial. Mediante la revisión crítica de fuentes primarias y secundarias se establece que, tanto el origen de las juntas de sanidad como el establecimiento de las estrategias de control sanitario, respondieron fundamentalmente a la necesidad de proteger los circuitos económicos de la colonia, primero guiados bajo la hegemonía del Reino Unido y luego la de Estados Unidos.

Palabras clave: hegemonía, medicalización, burocracia médica, enfermedades tropicales, juntas de sanidad.

Abstract

This article explores the changes produced in the context of the imperial-colonial relation during the creation of the Board of Health in British Honduras. It analyzes the processes of political and sanitary crisis generated by tropical diseases and the emergence of medical bureaucracy. Through the critic revision of primary and secondary sources it sets that, both the origin of the board of health and the arrangement of strategies of sanitary control, were produced mainly by the need to protect the colonial economic circuits, first under United Kingdom's hegemony, and later by the United States.

Keywords: hegemony, medicalization, medical bureaucracy, tropical diseases, board of health.

Introducción

La historia de Belice -antes Honduras Británica- de acuerdo con Shoman tiene un “carácter particular” al estar también en “función de los intereses externos” (2009, p. 19). Desde su origen, este territorio estuvo envuelto en una disputa entre los imperios español y británico a lo largo de los siglos XVII y XVIII, por la oportunidad que representó la actividad de la explotación de maderas preciosas para los dueños de capital, y también por su posición geográfica, que lo convirtió en un punto neurálgico para el comercio en la región atlántico-caribeña.

Tras la firma del Tratado de Madrid (1670) que puso un alto a la práctica de la piratería, los bucaneros británicos buscaron garantizar el suministro de maderas preciosas hacia el mercado europeo, por lo que el territorio de Belice adquirió mayor relevancia para los intereses mercantiles ingleses, iniciando con ello un movimiento de ocupación sobre este espacio que abarcó intermitentemente tres siglos (XVII-XIX) (Shoman, 2009).

Como resultado del largo proceso histórico, este se configuró como un espacio diverso en el que convergieron grupos poblacionales no sólo de españoles e ingleses, sino de mayas, garífunas y, posteriormente, de norteamericanos, europeos, negros esclavos y libres, así como de asiáticos y otros. El control del territorio por parte de los ingleses culminó con la constitución de Belice como una más de sus colonias en el año de 1862, cuando se le denominó “Honduras Británica” (Toussaint, 2004).

Desde las primeras exploraciones realizadas por parte de los cortadores de madera británicos, el lugar fue descrito como un sitio poco propicio para los habitantes. Tales expresiones variaron poco a lo largo del siglo XIX, a pesar de los cambios político-económicos y materiales que se suscitaron en este espacio como efecto de la instauración de la administración inglesa, y de la posición cada vez más relevante que ostentó Honduras Británica dentro de la red de comercio anglo-centroamericano y caribeño.

Algunos de sus pobladores y visitantes solían describir a la colonia como un territorio caracterizado por ciénagas, por la ruralidad predominante y la presencia de mosquitos, con pocas condiciones sanitarias o insalubre y, con el tiempo, por la existencia de pocos y malos caminos que obstaculizaban el acceso a otros distritos, con casas improvisadas de los pobres, próximas unas de otras y que desentonaban con las casas de los blancos (Domínguez Barbosa, 2020).

Por consiguiente, el espacio colonial fue señalado por su notoria desigualdad y atraso material, una cuestión que luego se vio reforzada con el establecimiento de una sociedad jerárquica. Ésta última estuvo dominada por intereses de clase de los grupos de terratenientes, comerciantes, dueños de plantación y

oficiales coloniales; este conjunto es lo que algunos han denominado como *forestocracia* (Domínguez Barbosa, 2020, p. 112; Hitchen, 2005, p. 3), y que en este trabajo es identificada fundamentalmente como la oligarquía terrateniente-comerciante.

Dicho segmento de clase logró monopolizar el acceso a la tierra y controló la mano de obra de taladores y jornaleros a través del sistema de enganche y endeudamiento, con miras a extender la actividad de corte y exportación de madera, desarrollar y ampliar las redes de comercio en general y, en menor medida, impulsar la agricultura a través del cultivo de caña de azúcar y frutas.

En este amplio contexto, Honduras Británica quedó interconectada con el mundo (Wolf, 2005, p. 1, 80). Por un lado, a través de la relación imperial-colonial que sostuvo con Inglaterra, pero también a partir de su gradual acercamiento político y comercial a otros poderes metropolitanos como Estados Unidos, Alemania y Francia. No obstante de ello, propongo que su desarrollo político-económico y social se vio determinado, en buena medida, por su condición de espacio *marginal*, entendido esto último como su constitución de *margen* geográfico o del punto más lejano del imperio británico en América (Dutt, 2020; Wright, 2018).

Esta condición, favoreció la aparición de prácticas o estrategias de administración política propias, como fueron las referentes a la aplicación a modo de la ley, así como el establecimiento y la consolidación de importantes relaciones de poder locales que provocaron la transformación de la relación imperial-colonial que se caracterizó, a partir de finales del siglo XIX, por un distanciamiento de las disposiciones metropolitanas, incluidas las relativas al ámbito de la organización y la dirección de la estructura sanitaria.

Para dar cuenta de ello, analizaré el proceso de formación de las juntas de salud. Considerando los procesos de crisis de salubridad causados por la aparición de epidemias como la fiebre amarilla, la malaria y la viruela, y por la presencia de ciertas enfermedades prevalentes, como la anquilostomiasis, este fenómeno permitirá examinar la complejidad de las relaciones de poder que fueron creadas y ejercidas en el espacio colonial en torno al ámbito sanitario.

Las principales fuentes de información que se emplean en este artículo son de dos tipos: las fuentes primarias digitales y las físicas. En el primer grupo se cuentan la colección hemerográfica del diario local beliceño “The Colonial Guardian” (1882-1897), disponible en el *British Newspaper Archive* (BNA); asimismo, se considera la colección de los libros de cuentas y estadísticas -o “Blue Books”- de Honduras Británica (1839-1938), obtenidos del *British Online Archives* (BOA).

Estos materiales brindan información con respecto a las tensiones y conflictos suscitados en la vida cotidiana local, incluyendo lo concerniente a los problemas sanitarios y la presencia de enfermedades epidémicas en la región. Además, proporcionan datos relacionados con la legislación vigente en la colonia para el periodo de interés del artículo, datos con respecto a impuestos, ingresos y egresos, los cambios en la organización política a través de la acción de los consejos ejecutivo y legislativo, salarios, cifras de mercancías importadas, exportadas y reexportadas, estadísticas vitales, los reportes e informes de instituciones públicas como hospitales, cárceles, la casa de pobres y el manicomio, el número de enfermedades atendidas en la colonia, entre otros asuntos de índole sanitaria.

En cuanto al segundo cuerpo documental, corresponde a la información obtenida a manera de despachos, registros generales, memorándums, telegramas y correspondencia intercambiada entre la administración de Honduras Británica y el gobierno metropolitano. En este grupo se pone especial énfasis en aquellos documentos referentes a la organización de la cuestión sanitaria en la colonia. Estos materiales son resguardados, principalmente, en la colección de la Oficina Colonial (Colonial Office) disponible en *The National Archives* (TNA) en Londres, Inglaterra.

Como se observará, la organización de las juntas de salud emergió como un campo de disputa entre los representantes del poder imperial y la clase dominante colonial; esta cuestión favoreció la emergencia de un grupo político influyente, los médicos, quienes a partir de la alianza establecida con los comerciantes y de su constitución como parte de la burocracia local, procuraron conducir la esfera sanitaria de acuerdo con sus intereses político-económicos de grupo y clase.

Se plantean como conceptos centrales el de la *hegemonía* (Gramsci, 2001; Hoffman, 2019) y la *medicalización* (Porter, 2005; Foucault, 2006; Jori, 2013), considerando la influencia de Reino Unido -y luego de Estados Unidos- sobre las estrategias de control sanitario que fueron diseñadas y aplicadas en la colonia. Tras haberse descrito por propios y extraños como un espacio propicio para la propagación de lo que se conoce hoy como “enfermedades tropicales”, en Honduras Británica se hizo notoria la urgencia por regular la cuestión sanitaria para no afectar los circuitos económicos de los cuales dependía el territorio y otros tantos espacios al exterior.

La formación de una Junta de Salud pretendió transformar de manera significativa las prácticas cotidianas de una población local caracterizada por su heterogeneidad y que estuvo marcada por la pobreza, la explotación laboral, la falta de recursos y la desigualdad material. El análisis permite comprender las relaciones de poder, económicas y políticas, así como los conflictos médicos surgidos durante la configuración de un modelo dominante de salud pública.

La amenaza de las enfermedades epidémicas en la colonia

La fuerza de los brotes epidémicos ocurridos en Honduras Británica en los siglos XIX y XX, así como la amenaza constante que representaron para la continuidad de su dinámica comercial y, por tanto, de su “estabilidad” económica, fueron aspectos que evidenciaron las carencias y los conflictos político-administrativos creados en torno a la cuestión de la salud pública. Ante la falta de una estructura sanitaria capaz de operar efectivamente en casos de crisis, para la administración y los grupos dominantes locales fue evidente que dicha esfera debía reformarse para tratar de “garantizar” tanto el desarrollo material, como el aparente “bienestar” social dentro del territorio.

Figura 1. Las enfermedades epidémicas en la colonia

Enfermedad	Años reportados de brote
Cólera	1854, 1868
Malaria	1885, 1889, 1896*, 1925*,
Fiebre Amarilla	1860, 1869, 1886, 1890-1891, 1905
Viruela	1884, 1891-1892
Dengue	1917
Influenza	1916, 1917, 1918, 1927*, 1931
Sarampión	1917, 1925*,
Paperas	1916, 1925
Tosferina	1916, 1927
Tuberculosis	1927
Bronquitis	1929
Varicela	1931
Disentería	1867, 1868, 1931

Fuente: (Doc.1)

De tal forma, poco a poco se hizo visible en la colonia una tensión política surgida a finales del siglo XIX, entre la llamada “ingeniería sanitaria” y cierta posición de la ciencia médica que fue representada por médicos oficiales y no oficiales. Para ambos grupos, el dilema inmediato resultó cómo propiciar un mejor estado de salubridad, aunque en términos reales, el problema fundamental radicó en la disputa por la organización y dirección de la estructura sanitaria. Este aspecto se constituyó como un terreno político donde se trasladó el conflicto sostenido entre los oficiales representantes de la corona, la oligarquía terrateniente-comercial y también, un grupo social emergente que trató de influir en la compleja esfera política de la colonia: los médicos.

Aparentemente, el territorio de Belice desde su origen fue considerado, de forma más bien intermitente por agentes locales y extranjeros, como un lugar

sólo “en riesgo potencial” para la reproducción de un gran abanico de enfermedades comunes para la época. Para algunos visitantes de la colonia, la débil infraestructura hospitalaria, las condiciones pantanosas del suelo, la vegetación predominante, la presencia endémica de mosquitos y el clima en general no suponían mayor problema cuando se presentaron ciertos males epidémicos en el territorio (Morris, 1883).

Incluso su gravedad llegó a ser minimizada para promover este espacio como un lugar salubre, próspero y abierto a la llegada de más personas e inversiones de capital extranjero. Esto tuvo como objetivo asegurar el mantenimiento de la industria de extracción maderera, pero también impulsar el desarrollo del sector agrícola, y un mayor intercambio comercial con el exterior (Robertson Gibbs, 1883, p. 180) (Doc. 2).

No obstante de dicha pretensión, la realidad contrastó de forma notoria con los discursos que ensalzaron las cualidades “benignas” de Belice y sus alrededores. El problema principal fue que las enfermedades siguieron presentándose en la segunda mitad del siglo XIX, causando estragos entre la población, la producción y el comercio, siendo considerado ello como una posible explicación del atraso material que predominó en este espacio hasta bien entrado el siglo.

Para 1854 y 1868 se registraron brotes de cólera que azotaron Belice; este último al parecer fue el más grave, pues causó la muerte a más de 500 personas. Además, a finales de 1869 se produjo un brote de fiebre amarilla, aunque otro mal como la disentería pareció más importante entre 1867 y 1868, pues dejó tras de sí un total 68 muertos (Alder Burdon, 1935). Generalmente ésta y otras enfermedades tuvieron mayor incidencia en la población jornalera asentada en las fincas y plantaciones, por lo que emergieron como temas de preocupación entre ciertos grupos de poder que vieron afectados sus intereses económicos, al estar comprometida la salud y productividad de los trabajadores, pero también porque se veía con temor su posible propagación entre la población blanca minoritaria.

Un intento por contener estos padecimientos fue desplegado por la administración a través de la formación de una primera Junta de Salud, recomendada en 1856 y que, aparentemente, fue eliminada por disposición del teniente-gobernador Sir Frederick Parlgrave Barlee a su llegada al territorio (1876); si bien, el alcance de sus actividades y sus efectos sobre el control de enfermedades y epidemias surgidas en aquella época no están del todo claros (Alder Burdon, 1935) (Doc. 3).

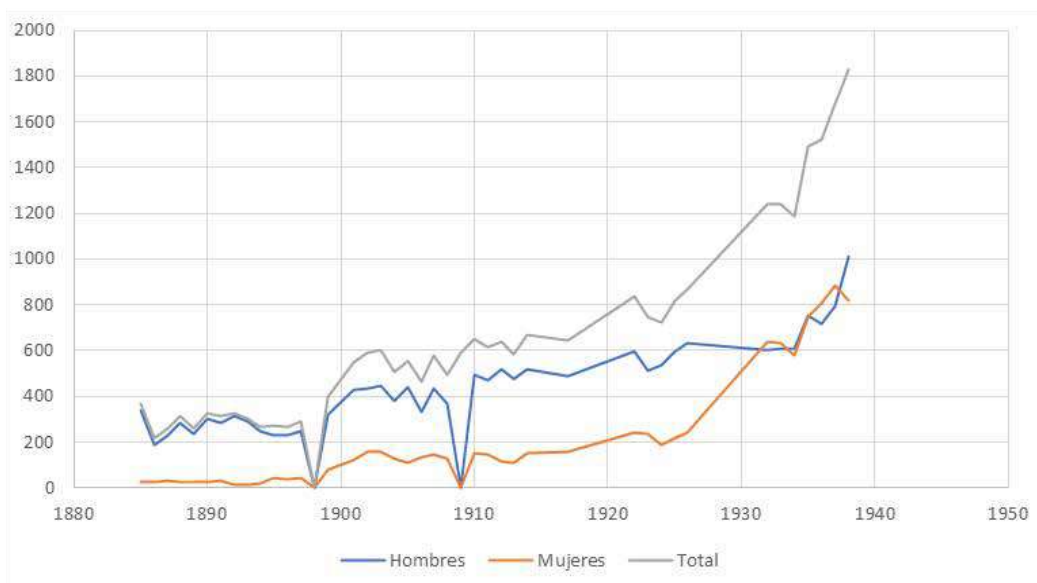


Figura 2. Personas ingresadas al hospital de Belice (1885-1938). Fuente: (Doc. 4).

Considerando que la población en Honduras Británica ya iba en ligero aumento a mediados del siglo XIX, y que sus conexiones comerciales al exterior colocaron al territorio en una posición “vulnerable” para la entrada de enfermedades infecto-contagiosas a través del puerto y sus fronteras, atender el problema de la salubridad y contar con una infraestructura sanitaria suficiente para minimizar los daños que pudiera causar la propagación de cualquier enfermedad epidémica, se volvió un asunto central para la élite colonial que trató de normar todo aspecto relacionado con la organización político-económica y social.

En 1880 se publicó el “Plan Siccama”, desarrollado por el ingeniero hidráulico Harco Theodorus Hora Siccama, del gobierno de Guyana Británica (Alder Burdon, 1935; Morris, 1883). Este sugirió una serie de obras de ingeniería urbana -como la reforma al sistema de drenaje, de suministro de agua y el manejo de desechos-, que tenían el objetivo de propiciar la mejora sanitaria de Belice. Con este plan, el asunto de la mejora sanitaria emergió como un asunto “sencillo” de intervención por parte de los primeros encargados de la salubridad: los ingenieros oficiales.

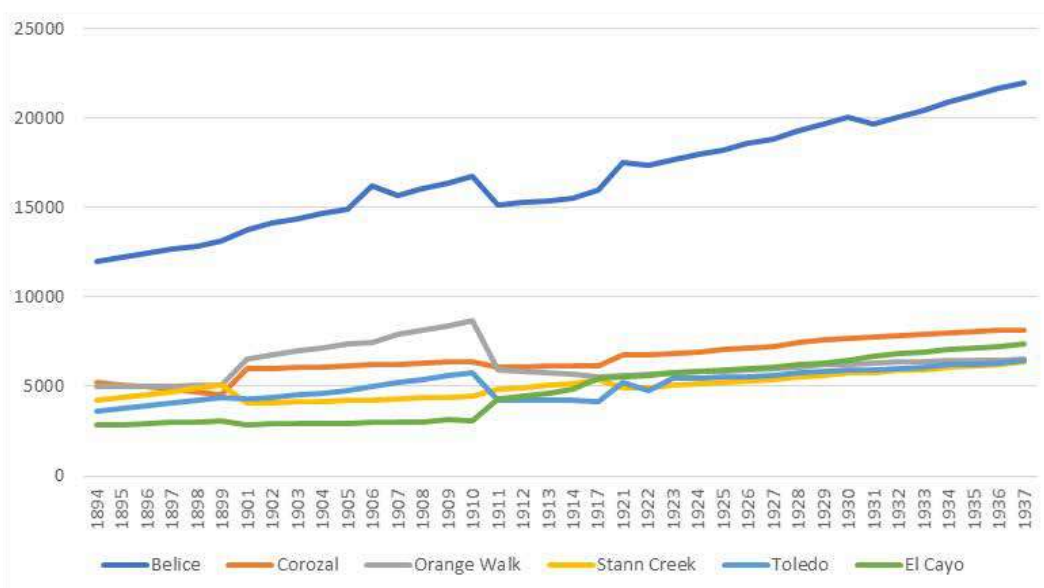


Figura 3. Población total de Honduras Británica por distrito (1894-1937). Fuente: (Doc. 5).

No obstante la urgencia del trabajo sanitario requerido, la anterior condición no menospreció la emergencia de un rodeo burocrático a través de la formación de una “Junta Siccama de Mejora” (1884); esta fue integrada por “profesionales médicos” y “algunos de los principales habitantes de Belice” quienes evaluarían la pertinencia y urgencia de las obras que conformaron el plan, así como las opciones mediante las cuales se financiaría el proyecto (Doc. 6). A la luz del examen “Siccama”, el falso optimismo creado en torno a la “estable” condición sanitaria local se resquebrajó abruptamente, sobre todo tras enfatizar en la falta de infraestructura que se percibía en Belice, una cuestión que exhibió de forma paralela la frágil estructura sanitaria colonial.

Para variar, algunas noticias sobre el brote de diversos males y su preocupante proximidad con la colonia circularon rápidamente en el territorio, aumentando la preocupación de los ingenieros encargados de la esfera sanitaria, ya en proceso de reforma. Se alertó en la prensa sobre el cólera en Francia, Manila, Hong Kong, India, Egipto, España y México, y de la fiebre amarilla que se presentó en La Habana, Boston y Guatemala (Doc. 7.).

Además, distritos como Corozal y Stann Creek aparecieron en la esfera pública como ejemplos de la mala infraestructura sanitaria local, tanto por su falta de drenajes como los estancamientos de agua que ahí se producían (Doc. 8).

El *fantasma* de estas afecciones -entendido como un golpe blando infligido al poder colonial, impulsado desde la prensa local- tuvo el propósito de acelerar la ejecución del plan Siccama al poner en evidencia que Honduras Británica se desenvolvía en un contexto global plagado de enfermedades. Una parte del plan se implementó a mediados de la década de 1880 por el ingeniero C. T.

Hunter, aunque este proceso no arrojó cambios perceptibles en la condición sanitaria de Belice, como había sido prometido, pese al alza de impuestos sobre la propiedad y la solicitud de un préstamo monetario a la corona, recursos con los que se financiaron las obras (Doc. 10).

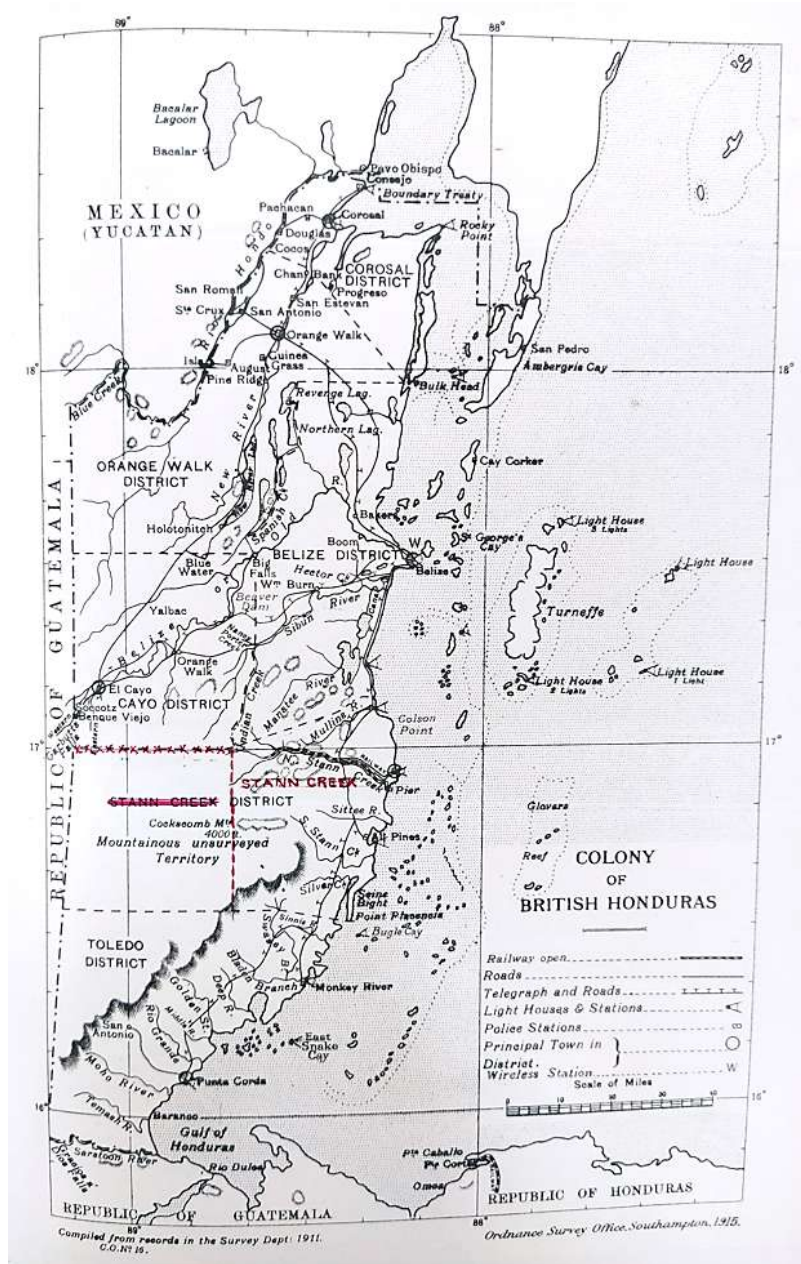


Figura 4. Mapa de Honduras Británica (1915). Fuente: (Doc. 9).

En 1886 se produjo un brote de fiebre amarilla en la colonia, que fue denominada por médicos no oficiales como “fiebre del canal”. Esta cuestión sirvió como un poderoso argumento en el que coincidieron distintas autoridades médicas locales para desestimar el trabajo que había sido realizado hasta el momento por los ingenieros coloniales en el ámbito salubrista (Doc. 11).

Frederick Gahne -un médico criollo formado en Glasgow (Escocia), y editor del “The Colonial Guardian”- señaló con plena convicción que la causa del brote de fiebre amarilla, que había afectado sobre todo a europeos “no aclimatados”, y de otro tipo de “fiebre remitente” que apareció y atacó a “razas de todas las clases”, fue la exposición al sol que se había hecho de la tierra y el lodo del canal que atravesaba de la ciudad de Belice y que contenía aguas residuales (Doc. 12).

Cuando un nuevo brote de fiebre amarilla se presentó en Belice en 1890, Gahne no dudó en aprovechar el resquicio abierto por tal crisis sanitaria para reforzar su demanda para que los médicos ocuparan una posición política predominante y se encargaran de la esfera de la salud pública. Por ende, declaró que el brote no habría ocurrido si la junta sanitaria -liderada aún por oficiales de la corona e ingenieros- hubiera “tenido el poder de suspender los procesos de insalubridad” existentes (Doc. 13).

Además, denunció la supuesta ineficacia de las obras de ingeniería urbana realizadas, a las que consideró como agravantes del ya de por sí cuestionable estado sanitario en que la administración del entonces gobernador, Roger Tucker Goldsworthy, había sumido a Honduras Británica. El grave estado sanitario de Belice, provocado por este tercer brote de fiebre amarilla, pareció atraer la atención de algunas publicaciones extranjeras como el *New York Herald* y el *Times Democrat*, que denunciaron la mala salubridad y el alto número de muertos acaecido en Belice.

Las declaraciones de estas publicaciones trataron de desmentirse, por un lado, mediante notas publicadas en el “The Colonial Guardian” y, por otro lado, con cartas enviadas a la Junta de Sanidad de Luisiana por el oficial médico colonial, Charles Henry Eyles (1888-1905), cumpliendo las órdenes de la administración local (Doc. 14). Para la primera mitad de 1891, el propio doctor Eyles publicó su reporte sobre la fiebre amarilla, en el cual atribuyó a agentes “externos”, como los buques y navíos mercantes, la llegada del mal de la fiebre a Honduras Británica (Doc. 15).

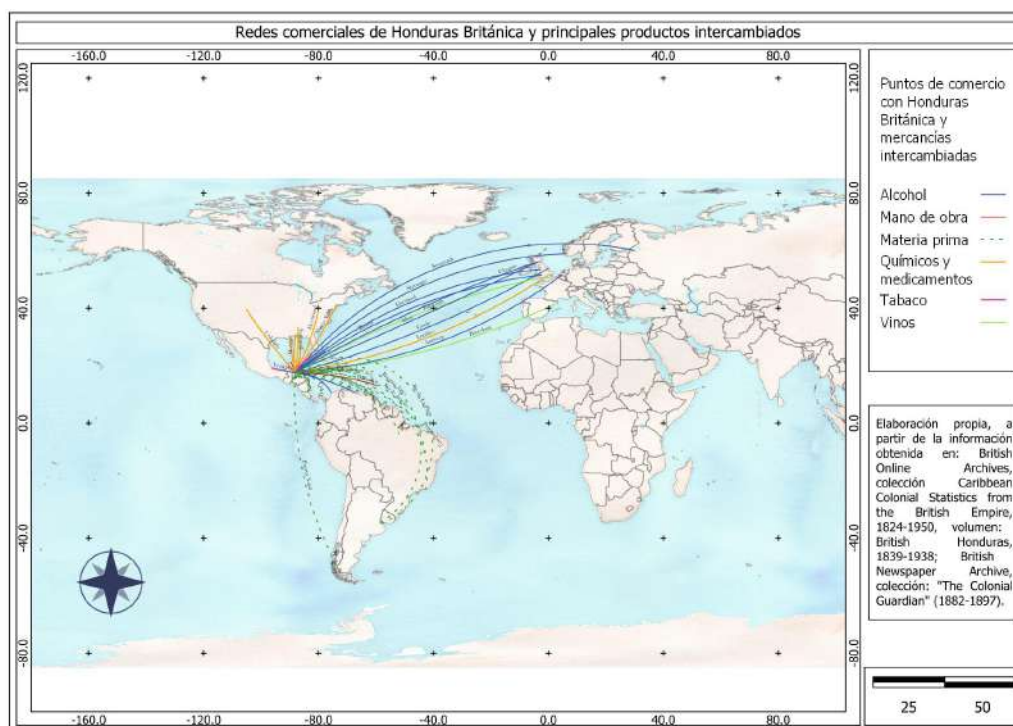


Figura 5. Las redes comerciales de Honduras Británica

Las dos posturas médicas -gahneana y eylesiana- que se hicieron patentes para dar una explicación en cuanto al origen y la atención dada a los casos de fiebre amarilla, y de otros males epidémicos como la malaria, y que buscaron tomar distancia de aquellas medidas de ingeniería u obras públicas que se implementaron a finales del siglo XIX como acciones preventivas de la aparición de enfermedades, resultaron sólo el reflejo de una pugna que recién comenzaba al interior de la colonia entre el propio gremio de los médicos en su intento por hacerse con la dirección de la cuestión sanitaria.

Por un lado, se erigió una postura de tipo oficialista que se afianzó mediante las labores sanitarias realizadas tanto por el médico colonial -el doctor Eyles, para la época-, como los oficiales médicos asistentes; esta postura también se reforzó con la constante validación -por parte del Secretario de Estado de las Colonias, como representante del poder imperial-, de los distintos informes y reportes que fueron redactados por estas autoridades sanitarias sobre los efectos “graves” o “leves” de las enfermedades epidémicas que tuvieron lugar en Honduras Británica.

Por otro lado, emergió una postura “criolla” -y desde luego, para nada subalterna, como se verá más adelante- que se asentó en la figura de Gahne y sus adeptos, quienes a través de su creciente influencia política y médica -ejercida fundamentalmente a través de la conducción de la opinión pública local-,

criticaron la acción de los médicos oficiales designados por la corona inglesa. Con esta acción buscaron apalancar su propio ingreso dentro de espacios oficiales de ejercicio de poder, como fueron las Juntas Sanitarias y de otras comisiones especiales que se crearon con miras a tratar asuntos locales de tipo sanitario y político-administrativo.

No fue sino hasta inicios del siglo XX que ambas posturas quedaron sometidas a las transformaciones de la ciencia médica y de sus últimos avances técnicos, que se irradiaron por todo el globo a través de los oficiales médicos imperiales y de la influencia directa de funcionarios de la salud de otros países, como Estados Unidos. Los cambios experimentados en la disciplina médica favorecieron la identificación de los agentes causantes de enfermedades, su tratamiento y prevención, siendo este conjunto de elementos el que determinó en buena medida el rumbo de la política sanitaria adoptada en la colonia.

En 1906, fue publicado el reporte de Sir Rubert W. Boyce sobre un nuevo brote de fiebre amarilla que azotó la colonia en 1905 (Boyce, 1906). La identificación del vector responsable de la propagación de la fiebre amarilla, el mosquito *Stegomyia fasciata*, y de la malaria con el mosquito *anopheles*, marcó un antes y un después en la forma de percibir y atender la enfermedad en el espacio colonial. El peso del fenómeno del urbanismo, impulsado antaño por los ingenieros oficiales y funcionarios salubristas, también incidió fuertemente en la labor de los oficiales médicos en cuanto a la detección de nuevos posibles escenarios de contagio para la población, tal como ocurrió con las primeras ciudades europeas desde varios siglos antes.

Los médicos ante la burocracia local y el poder imperial

Como señaló Porter, el cuidado de la salud adquirió un “estatus político” a partir del proceso de urbanización, al tiempo que otros componentes sociales como la familia y los individuos, los hospitales, los cementerios, las cárceles, los hospicios -y otros problemas como la pobreza y la salud-, pasaron a ser objeto de medicalización en aras de las reformas sanitarias que primaron en los espacios urbanos (Porter, 2005, p. 23; Jori, 2013; Foucault, 2006). Este mismo asunto se proyectó en Honduras Británica, con la disputa entre los primeros sanitaristas y los médicos oficiales y no oficiales.

El asunto se recrudeció cuando, en conjunto, estos últimos analizaron la composición, la administración y el trabajo que era realizado por las Juntas de Sanidad para contener ciertos males entre la población. En este punto resultó evidente que los médicos locales consideraron ineficiente la labor realizada por los ingenieros y otros sanitaristas, constituyéndose como la base de su argumento para tratar de insertarse en la esfera de la administración gubernamental.

Los médicos -especialmente aquel sector emergente compuesto por médicos criollos formados en Inglaterra y Escocia- compitieron directamente con la burocracia local, a partir de su posición social y de su formación como autoridades sanitarias *profesionales*, con el objetivo de recuperar un espacio de acción política del cual se les había mantenido relegados. Además, para este punto, el proceso de criollización de distintos ámbitos de la vida colonial pareció un proceso irrefrenable, siendo trasladado a todos los campos de disputa política, como fue la esfera sanitaria.

A decir de Ashdown, los criollos fueron hacia el último cuarto del siglo XIX, el “grupo (poblacional) dominante indígena racial-cultural de la sociedad”; no obstante, también existieron aquellos “criollos de élite” en Honduras Británica. Estos se distinguieron por un “color de piel más claro y rasgos europeos”, además de que fungieron “más como empleadores que como empleados”, por lo cual se les ha definido como la “aristocracia criolla”, compuesta por apenas una docena de familias que educaron a su descendencia en Inglaterra (Ashdown, 1979, p. 16, 18; Dutt, 2020, p. 13).

La emergencia de un grupo “criollo” de médicos instruidos en el extranjero -primero de tipo “no oficial”, pero que gradualmente se procuró constituir como parte de la “oficialidad” gubernamental-, operó y controló la cuestión sanitaria mediante la articulación de su condición y pertenencia al segmento de clase predominante en Honduras Británica. A esto me refiero cuando planteo que la posición “crítica” de los médicos criollos hacia la oficialidad colonial no fue subalterna, pues trataron de mantener una posición dominante mediante el control de ciertos espacios vitales de la administración pública; por un lado estuvo la esfera sanitaria, pero también a inicios del siglo XX lograron controlar la Junta Municipal de Belice, siendo ambos espacios los que les permitieron dirigir buena parte de la cuestión política colonial (Ashdown, 1979, p. 123).

Así, la búsqueda de “pertenencia” a la oficialidad colonial se convirtió en un movimiento clave para este segmento de clase que pretendía dirigir varios ámbitos de la organización política. Gahne, por ejemplo, denunció en 1895 que la eliminación de las antiguas juntas locales de salud significó un obstáculo para la prevención de los embates que el mal epidémico de la fiebre amarilla causó en Belice (Doc. 16). Además, expuso que la junta central de sanidad fue integrada por el teniente-gobernador y los miembros del Consejo Ejecutivo -es decir, sólo agentes del imperio que centralizaron la cuestión sanitaria-, pero no incluyó a ningún galeno en sus filas, ni siquiera al oficial médico principal (Doc. 17).

Figura 6. Miembros de la Junta Central de Sanidad (1885-1889)

Año	Nombre	Puesto (año de designación)	Otras funciones desempeñadas identificadas
1885	Roger Tuckfield Goldsworthy	Gobernador (1884)	-
	Henry Fowler	Secretario Colonial (1877)	Administrador de gobierno colonial (1883-1884, 1885, 1886), plantador de banana, presidente de la Sociedad Agrícola (1885), militar, secretario colonial de Trinidad (1887)
	William James McKinney	Tesorero (1879)	Secretario Colonial interino (1883-1884, 1887-1889, 1892-1893, 1895)
	William Meigh Goodman	Fiscal General (1883)	Abogado, jefe de Justicia
	J. E. W. Caulfield	Oficial comandante de tropas (1885)	Mayor del 2do. Regimiento de las Indias Occidentales
1886	Charles Reginald Hoffmeister	Fiscal General (1886)	-
1887	Hubert Edward Henry Jerningham	Secretario Colonial (1887)	Antiguo miembro de embajada británica en París, antiguo miembro de la Cámara de comunes, administrador de gobierno colonial (1888, 1889), gobernador de Mauricio (1893)
1888	Arthur Edwin Kershaw	Inspector comandante (1888)	Miembro del comité de carreras de caballos (1891)
1889	George Melville	Secretario Colonial (1889)	Administrador de gobierno colonial (1890-1891)
1890	Sydney Olivier	Secretario Colonial interino (1890)	-

Fuente: (Doc. 18).

Con el nacimiento de la llamada “medicina tropical”, hacia finales del siglo XIX, el modelo de la estructura sanitaria impuesto en Honduras Británica pareció ser un asunto más preciso, aunque no distó de aquel manejo general del campo de la salud que fue instaurado en otras posesiones imperiales (Chakrabarti, 2013). Así, no resultó extraño que, ante la posibilidad de que surgieran enfermedades como la malaria en la primera mitad de 1882, la disentería en 1883, o la viruela en 1884 se señalara, al menos desde la perspectiva de los representantes no oficiales de la

ciencia médica, la deficiencia operativa de la antigua junta central, por el evidente desconocimiento que poseían sus integrantes en cuanto a las estrategias que debían implementarse para evitar una crisis de salud pública (Doc. 19).

Este primer grupo político que estuvo integrado por oficiales coloniales -apoyado por otros funcionarios de la corona como los ingenieros, los inspectores de molestias e inspectores locales de sanidad-, se encargó de la ejecución de obras de ingeniería sanitaria que resultaron reiterativas y limitadas al contexto beliceño. El argumento de la “mejora de la ciudad y el puerto de Belice”, que justificó un cuantioso gasto en las mismas obras públicas durante varios años, pareció encubrir en buena medida la inoperancia de la junta central de salud, siendo esta situación la que construyó la primera “experiencia moderna del sanitarismo” surgido en Belice (Armus, 2002).

A su vez, la atención que podían demandar los asuntos de la salud pública a los oficiales médicos locales pareció pasar a segundo plano como resultado de su subordinación a la estructura sanitaria que fue depositada en manos de estos representantes de la corona. Dicha condición fue convalidada por medio de la legislación imperial y colonial, al haber sido parte de un fenómeno global de transformación de la esfera de la salud y su administración. Por tanto, la estructura sanitaria colonial de predominancia oficialista, en buena parte de la segunda mitad del siglo XIX, se enfocó más en aspectos que tenían que ver con la cuestión política, económica y comercial.

Hacia 1890, una crisis constitucional emergió en el gobierno de Goldsworthy provocando la renuncia de los miembros del Consejo Legislativo; esta fue espoleada en parte por el descontento social y económico provocado por la mala gestión de los recursos destinados a las mejoras sanitarias de Belice, y por el favoritismo mostrado hacia algunos oficiales de la corona, como en el caso del ingeniero C. T. Hunter. Con esta crisis, la composición de la estructura de la junta sanitaria fue irremediablemente afectada (Doc. 20).

Ashdown ha señalado que en el periodo de 1871 a 1890 puede considerarse a Honduras Británica como una colonia “pura” de la corona, mientras que, con la llegada del “cambio constitucional” de 1890-1892, el conflicto político existente al interior del territorio se hizo visible a través de la conformación de dos principales bandos: por un lado el gobierno colonial junto a la clase obrera local, y por otro lado, la mayoría no oficial instaurada en el Consejo Legislativo, como representante de la élite terrateniente-comerciante (1979, p. 7).

Este conflicto evidenció la emergencia de intereses políticos diferenciados de grupo y clase, al tiempo que traspasó el umbral de la cuestión sanitaria, manifestándose en la pugna emprendida ahora por los médicos no oficiales para volverse parte de la burocracia local. Es preciso no perder de vista que, al menos

en una primera etapa, los médicos no oficiales no trataron en modo alguno de cuestionar el poder imperial -dada la fortaleza de la estructura administrativa asentada en Honduras Británica, producto de la alianza entre los oficiales de la corona con los terratenientes y comerciantes-, sino más bien, trataron de abrirse camino para formar parte del sector oficial privilegiado que organizó distintos ámbitos de la vida en la colonia (Ashdown, 1979, p. 82-87).

Médicos y comerciantes se congregaron en el afamado “*Colonial Club*” -un espacio de tipo “cultural” donde se reunían integrantes de la oligarquía terrateniente-comerciante, políticos locales y miembros de distintas denominaciones religiosas-, supuestamente con el objetivo de discutir la dirección de la estructura sanitaria (Doc. 21). La reunión efectuada resultó un golpe blando al gobierno local, tomando en cuenta que el organismo central encargado de la salud pública seguía en operación, pese a la crisis constitucional.

Ello logró desviar el conflicto político originado en el consejo legislativo hacia un terreno donde los médicos no oficiales podían sumarse a los propios intereses de los comerciantes más prominentes de la ciudad. Esto pareció la mejor estrategia para disputar, hasta cierto punto, la hegemonía ostentada en este sector por los oficiales de la corona. Su principal demanda fue que se estableciera una Junta Sanitaria que estuviera integrada por los médicos de la ciudad y seis “oficiales” de la ley, todos bajo la dirección del oficial médico colonial. Otra demanda fue la de eliminar los agentes infecciosos en zonas de peligro mediante el vaciado de materiales desinfectantes, considerando que algunas muertes se habían presentado en la colonia desde 1889 a causa de la fiebre malaria (Doc. 22).

La intención de este bloque emergente de médicos no oficiales, apoyado abiertamente por miembros del gremio de comerciantes, era reducir la influencia de la burocracia oficial colonial mediante el desplazamiento de un buen número de agentes del imperio fuera del ámbito salubrista; sin embargo, en ningún sentido apuntaron a la constitución de un poder autónomo, dada la subordinación que plantearon a la figura del médico colonial y el potencial contrapeso que representaba la continuidad de los “oficiales” de la ley dentro de la nueva estructura sanitaria propuesta (Carrillo, 1998; Ashdown, 1979).

Sin embargo, la contrapropuesta de reorganización de la junta por parte del gobierno colonial, presentó como posibles miembros a los reverendos F. E. Hopkins y C. Brown, el doctor John May Moir, el miembro no oficial del consejo legislativo John Pouric Robertson, a Christopher Hempstead -un subastador, agente mercantil y secretario de la “*Excelsior Fruit Company Limited*” (1885-1888)- y E. C. Conner, además de otros tres miembros que serían elegidos por los integrantes de la Junta, siendo propuestos para el cargo el reverendo J. Braham, y los comerciantes James M. Currie y Sydney Cuthbert (Doc. 23).

Tal como ocurrió en la primera junta central de sanidad, la presencia de los médicos en la reorganización sanitaria de 1890 pareció quedar supeditada ya no al poder mayoritario de los oficiales de la corona, sino al poder comerciante e incluso al poder de las denominaciones religiosas presentes en la colonia. No obstante de esta circunstancia, la revitalización de un descontento político amenazó con anular la breve estabilidad de la colonia. Un nuevo gobernador fue instaurado en Honduras Británica, Sir Cornelius Alfred Moloney; de forma simultánea, desde *Downing Street* se impusieron a los nuevos integrantes del Consejo Legislativo (Doc. 24).

Se determinó entonces que las Juntas locales de sanidad serían dirigidas por el magistrado de distrito correspondiente. También se estableció que la junta sanitaria sería designada por el gobernador para atender los asuntos relativos a la salud, y que se formaría una nueva junta de cuarentena, así como una junta local de sanidad de Belice (Doc. 25). Estos procesos reformistas muy probablemente tuvieron la intención, por parte de la administración imperial, de mostrar su fortaleza tras la crisis constitucional y retomar los asuntos políticos de la colonia.

A pesar de los cambios producidos a nivel legislativo, estructural y de la organización burocrática-operativa que se irradiaron a la esfera de la salud pública, continuaron presentándose problemas con respecto a la falta de atención hospitalaria y de servicios médicos que eran brindados a los jornaleros; estos inconvenientes, sumados al probable contagio de enfermedades entre la mano de obra, representaron uno de los mayores riesgos para el desencadenamiento de crisis sanitarias en el territorio y que, sin duda, impactarían a la economía colonial, como fue la viruela en 1891-1892 (Doc. 26).

El funcionamiento del nuevo gobierno estuvo acompañado por cambios importantes aplicados en el ámbito sanitario que dejaron entrever los obstáculos y las negociaciones a los que estuvieron sujetos los oficiales de la corona involucrados en el sector de la salud pública, principalmente los médicos, al cierre del siglo. Las crisis epidémicas de finales del siglo, además de poner en evidencia la débil organización de la salud pública de Honduras Británica pese a sus reformas, expuso una grave condición de la que adoleció hasta bien entrado el siglo XX, la falta de médicos.

En general, el campo de la medicina y, por lo tanto, de la expansión del trabajo de tipo no oficial por parte de los médicos, por momentos apareció como un espacio constreñido a consecuencia de las desventajosas condiciones materiales de reproducción de la vida que predominaron entre la mayoría de la población de Honduras Británica, así como a factores relacionados con la geografía, el comercio, la producción, la distribución de la población y la clase.

Desde 1883, el oficial Daniel Morris había hecho notar en su reporte que los médicos brillaban por su ausencia en la colonia, aunque entonces atribuyó el fenómeno al supuesto buen clima y la salubridad general del territorio, un asunto que provocaba que los médicos tuvieran “pocos alicientes” para asentarse en este lugar (Morris, 1883). Esta fue otra manera de decir que la “buena calidad de vida” proyectada sobre los habitantes resultaba “poco favorable” para la expansión de la práctica médica en términos económicos, pues no había problemas sanitarios de gravedad que los galenos pudieran atender, al menos aparentemente, pues imperaba la desigualdad y pobreza entre la población por las condiciones de trabajo dictadas por la clase terrateniente-comerciante.

Aunado a ello, Morris no tomó en cuenta otros elementos que muy probablemente condicionaron la falta de interés de los médicos para hacerse presentes en la colonia. Por un lado, el separatismo y aislamiento geográfico de los distritos resultaron factores importantes en el limitado desarrollo material del territorio (Ver figura 4) (Tannenbaum, 1915, p. 13). Una buena parte de la inversión en obras públicas se concentró en la ciudad de Belice, mientras que los pocos caminos que fueron creados hacia el interior tuvieron el principal objetivo de favorecer la circulación de mercancías, productos y personas que estaban en manos de la oligarquía.

Esta situación, desde luego que limitó el desplazamiento de personas entre los distintos distritos periféricos coloniales que eran vistos, en términos generales, como conformados sólo por pequeños asentamientos o villas, con poca población o población itinerante, y donde difícilmente podían prosperar los intereses pecuniarios de una gran cantidad de médicos. No obstante, este asunto resulta por demás cuestionable, considerando que el propio desconocimiento de la geografía colonial para la época impedía determinar la totalidad de la densidad poblacional en las villas de los distritos, e incluso impedía precisar si dichas poblaciones eran sujetas de atención médico-hospitalaria, y los factores que condicionaban su acceso a este servicio (Wainwright, 2020, p. 7).

Por otro lado, el dominio que tenían los terratenientes-comerciantes sobre los medios de producción locales propició también la concentración de ciertas poblaciones dentro de las fincas y las plantaciones, donde probablemente los trabajadores fueron sujetos de atención por parte de un grupo reducido de médicos que monopolizó el trabajo al interior de dichos espacios. A la vez, como parte del ciclo de endeudamiento económico que era generado por el sistema de enganche y de adelantos al que estuvieron sujetos los trabajadores, y muy posiblemente a causa del elevado costo del servicio médico, los trabajadores recurrieron a prácticas de autoatención de enfermedades y malestares a través del empleo de remedios, de plantas medicinales, de estimulantes o medicamentos que estaban disponibles en los varios almacenes distribuidos a lo largo de la colonia.

La búsqueda de la “oficialidad” se encumbró entonces como una alternativa para afianzar gradualmente la figura y labor gremial de los médicos al interior de la colonia. Otro aspecto que pudo alentar la falta de médicos fue la debilidad institucional proyectada también en el ámbito sanitario distrital, que evidentemente no dio cabida en sus primeros años a una mayor población de médicos oficiales, tanto por la falta de infraestructura, como por los problemas operativos de las primeras juntas de sanidad, y por las propias tensiones políticas creadas entre sus miembros al interior de dicho organismo (Wainwright, 2020).

Quizá fue como resultado de las redes creadas por los médicos con el poder comerciante -por las relaciones de parentesco, pero también por la proximidad de sus demandas políticas e intereses personales y de clase- junto con la “debilidad” política exhibida prontamente por el gobierno de Moloney, que en 1894 se propició una nueva reforma a nivel sanitario-administrativo que permitió a los médicos ocupar puestos de mayor influencia gubernamental. Según la Ordenanza 30 de 1894, las juntas distritales fungirían también como juntas de sanidad, por lo que resultó al fin imperativo la designación de oficiales médicos en dichas estructuras (Doc. 27).

Desde el puesto de magistrado de distrito, los médicos se desempeñaron como responsables de la atención sanitaria, pero también se encargaron de aspectos relacionados con la organización política, económica y de justicia en sus jurisdicciones. Desde 1892, el gobernador Moloney estableció que la designación de oficiales médicos como magistrados se mantuviera hasta que la colonia tuviera la capacidad de costear los gastos operativos de las oficinas distritales y sanitarias por separado, por lo que detrás de esta reestructuración operativa, pareció yacer el problema de la falta de recursos económicos necesarios para cubrir los salarios de una burocracia onerosa que manejaba la colonia (Doc. 28).

En este escenario, los médicos observaron su inscripción dentro de la administración como una estrategia para poder conseguir una fuente de recursos económicos garantizados. La ocupación del puesto de médico oficial -tal como ocurría con otros cargos de la burocracia local- les aseguraba, además de una pensión, otras ventajas en cuanto a la satisfacción de intereses personales, al ocupar abiertamente una posición de poder político que combinaron con su autoridad médica (Doc. 29) Con ello, la monopolización de tales puestos burocráticos, resultó un movimiento casi natural para quienes ya desde la penúltima década del siglo XIX pretendían conducir la cuestión sanitaria.

En medio de este reordenamiento burocrático, donde se apuntó hacia la diversificación y ampliación de las capacidades sanitarias, prosperó un conjunto de ordenanzas que fueron importantes para delimitar la actividad de los médicos. La ordenanza para regular el servicio médico de gobierno y los establecimientos médicos (no. 14), la ordenanza para establecer el proceso de licencia y de regis-

tro de médicos (no. 19), y para enmendar la ley de salud pública local (no. 29), actuaron como los primeros “candados” de la administración imperial en torno al poder creciente de los galenos locales (Doc. 30).

Evidentemente, a consecuencia de la aún exigua capacidad institucional sobre la cuestión sanitaria ya reformada, uno de los mayores problemas a los que quedó expuesto el manejo de la salud pública fue el posible mal ejercicio de la práctica médica. Por ello, a través de la ley se dio poder al gobernador para otorgar o revocar licencias a quienes demostraran contar con diplomas extranjeros de cualquier universidad para ejercer, sin ninguna restricción, “como médicos, cirujanos y boticarios”. Esto causó resquemor entre algunos doctores coloniales, pues se consideró que la ley no era clara en cuanto al establecimiento de algún mecanismo -o “credencial” en el área médica- por el cual el gobernador se convirtiera en la figura que pudiera tener atribuciones para evaluar las capacidades de los aspirantes a galenos locales (Doc. 31).

Detrás de este rechazo al posible ingreso de más profesionales sanitarios (que sin duda eran necesarios), pareció subyacer el temor en los médicos locales -formados en colegios y universidades británicas- de ser desplazados nuevamente, ahora por una pujante población médica norteamericana que ya había comenzado a hacer acto de presencia en la colonia desde 1880-1890, como agentes encargados de evaluar las condiciones sanitarias de la colonia para determinar la pertinencia de realizar -o no- inversiones de capital en el lugar. Resultó por demás evidente con este movimiento que, los ahora médicos oficiales, no pretendían conceder a la administración colonial la más mínima oportunidad de suprimir sus anhelos de monopolizar los puestos oficiales dentro de la burocracia local.

Lo anterior pudo obedecer a que la llegada de nuevos sujetos profesionales, sobre todo desde otro espacio de formación académica, e influencia política y económica tan importante como Estados Unidos -como se verá más adelante-, amenazaba con fuerza su posición como autoridades sanitarias y podía poner en cuestionamiento ciertas prácticas que se habían mantenido en la colonia, resquebrajando con ello el saber médico oficial imperante. También pudo responder a la necesidad de los médicos de consolidar y proteger un monopolio construido en torno a la esfera sanitaria -entendida como un campo de poder desde el cual hacían frente ocasionalmente a la administración imperial y también colonial-, que resultaba invariablemente influyente pues les permitía trastocar intereses al nivel de lo político, económico y comercial.

No obstante esta disposición legal, lo más probable es que los términos de esta reglamentación no se hubieran ejercido de manera totalmente efectiva, dada la limitada capacidad institucional de la administración colonial, los intereses mezclados de los galenos con la oligarquía local -grupo que se inmiscuyó en la cuestión sanitaria y su organización-, así como la propia participación de los

médicos como parte central de la “nueva” burocracia emergida tras la crisis política de fines del siglo XIX. Al modificar la legislación, y con la apertura de espacios de autoridad para los médicos, el gobierno reformó aparentemente la estructura sanitaria, antaño debilitada por los conflictos surgidos entre los médicos oficiales y no oficiales frente a los sanitaristas.

Vigilancia y la nueva era del sanitarismo colonial

El ocaso de la centuria estuvo acompañado por nuevas preocupaciones en torno a la salud pública y el comercio, donde el establecimiento y la expansión de las prácticas de cuarentena en la región atlántico-caribeña propiciaron cambios sutiles pero importantes que modificaron el campo de poder imperial-colonial. Esto último fue resultado de una gradual intervención de Estados Unidos en la dinámica sanitaria-comercial hacia finales del siglo y que fue un asunto a través del cual demostró su hegemonía en la región, incluyendo a Honduras Británica.

El peso de la nación norteamericana en este ámbito fue un fenómeno que se consolidó hacia la primera mitad del XX, en buena medida gracias a la participación de los médicos-comerciantes ya constituidos como sujetos políticos anclados en la élite local, quienes poco a poco se alinearon a las disposiciones estadounidenses relacionadas con la dirección de la estructura sanitaria y el control de enfermedades y epidemias. Esto fue posible a través de la hegemonía que ejerció la Junta de Sanidad de Luisiana y otros organismos sanitarios internacionales.

El empuje de las demandas provenientes del exterior, dirigidas a asegurar que Honduras Británica se convirtiera en un espacio salubre más dentro de la región atlántico-caribeña en beneficio de los circuitos mercantiles -impulsados por el creciente poder de Estados Unidos como agente comercial-, funcionó como un fuerte aliciente para que la administración local intentara reformar este sector pues de ello dependía en buena medida su estabilidad político-económica.

Ya desde 1883, se presentaron algunos probables casos epidémicos en la región que obligaron a la colonia a tratar de replicar ciertas estrategias sanitarias de “amplio espectro” que se consideraron modernas para la época, como fue la implantación del sistema de cuarentenas y cordones sanitarios (Doc. 32). Estas medidas formaron parte de aquellos nuevos métodos de vigilancia y control que nacieron en Europa para evitar la propagación de enfermedades.

Dichos métodos se replicaron pronto en los espacios coloniales, espoleados por la expansión de las redes comerciales globales, del fenómeno del urbanismo y del “ideal político médico de la buena organización sanitaria de las ciudades en el siglo XVIII” (Foucault, 2006; Chakrabarti, 2013). Sin embargo, para el siglo XIX tales mecanismos modernos de “contención” de enfermedades

pasaron a ser considerados “escollos para la rápida expansión de comerciantes e industriales, (pues) se concebían como maquinarias de opresión, despotismo y burocracia” (Peniche Moreno, 2016, p. 49).

Para el caso de Honduras Británica, la estrecha relación establecida entre el binomio enfermedad-economía, por momentos adquirió características muy particulares. Es bien cierto que, el atraso material de los distritos resultó un aliciente para que las enfermedades tropicales aparecieran con fuerza, a causa de las malas condiciones de vida e higiene predominantes. En este sentido, el conglomerado de males que asoló la región apalancó el trabajo precario de las primeras juntas de sanidad. Este proceso fue vigilado por agentes extranjeros, especialmente funcionarios norteamericanos, a través de la Junta de Sanidad de Luisiana y sus representantes que visitaron la colonia de Honduras Británica para proteger sus redes comerciales.

El origen de la injerencia de Nueva Orleans en el espacio colonial puede rastrearse a partir de los intereses de la oligarquía terrateniente-comerciante que fueron proyectados mediante las facilidades dadas a inversionistas y la llegada de mano de obra norteamericana con miras a desarrollar la capacidad agrícola local y la industria de la caoba. Este periodo de “atracción” de inversión, corresponde a lo que Ashdown ha definido como la “fiebre del ferrocarril” (1880-1902), la cual “tenía poco que hacer con el avance económico de la colonia, sino más (bien) con el continuo enriquecimiento de su oligarquía comerciante-terrateniente” (Ashdown, 1979, p. 97-99).

Además, a causa de la participación de la colonia en distintas exhibiciones en el extranjero, sumado a la fuerte intervención de los intereses de terratenientes-comerciales en el ámbito de la salud pública, fue que se produjo cierta resonancia en el extranjero para la inversión en la colonia; como resultado, el movimiento sanitarista de finales del siglo XIX encubrió los intereses de la clase local dominante. Desde Estados Unidos se establecieron rutas comerciales directamente con Belice, y se favoreció la llegada de un grupo menor pero influyente de médicos norteamericanos para evaluar las condiciones de vida locales.

Por ejemplo, la aparición del mal de la fiebre amarilla llevó a la Junta de Sanidad de Luisiana a custodiar de forma directa los flujos mercantiles que tenían contacto con Estados Unidos -tal como ocurrió en el caso de México-, incluyendo a Honduras Británica y otros territorios ubicados en Centroamérica y el Caribe que formaron parte de lo que a inicios del siglo XX se conoció como la “Zona de Fiebre Amarilla” (*Yellow Fever Zone* o *YFZ*) (Boyce, 1906).

El presidente de la Junta de Sanidad de Luisiana, Joseph Holt, mediante correspondencia sostenida con J. E. Mutrie (vicecónsul norteamericano en Belice), solicitó a partir de 1887 que se obligara a los navíos de los puertos tropicales

a someterse a los métodos de saneamiento de cuarentena definidos por la junta de sanidad a su cargo, para no obstaculizar las relaciones comerciales mantenidas no sólo con Belice, sino con toda la costa hondureña y centroamericana. En caso contrario, no resultaba viable mantener el sistema de comercio de la fruta (Doc. 33).

Fue en este contexto que la atención a la cuestión sanitaria adquirió una nueva dimensión, estableciéndose como un ámbito necesario de reformar ya no sólo a través de la ingeniería urbana, sino mediante la intervención directa de los médicos-comerciantes en dicha estructura. Esto se logró gracias a la dirección de las juntas de sanidad -tanto la central como las locales-, por medio de su control sobre las juntas especiales de cuarentena, y finalmente por su control sobre el comité de registro médico. De esta manera, los cambios implementados gradualmente en este sector produjeron fenómenos particulares que consolidaron su posición dentro de la burocracia.

Figura. 7. Oficiales médicos designados en los distritos y otros puestos desempeñados (1894-1904)

Distrito	Nombre del oficial médico	Año de Designación o rotación	Otros puestos desempeñados
Stann Creek	P. T. Carpenter	1893	Antiguo médico de la marina mercante, magistrado de distrito interino, oficial médico asistente de Stann Creek y Toledo
	S. O. Browne	1899	Oficial médico asistente
	A. V. B. Ormsby	1903	Obispo
Toledo	F. L. Davis	1893	Magistrado de distrito interino de Orange Walk, , oficial médico asistente de El Cayo y Orange Walk, magistrado de El Cayo, miembro de la junta distrital de Belice
	F. T. Keyt	1893	Analista, médico oficial de Corozal, oficial médico asistente y miembro de la Junta distrital de Orange Walk
	P. T. Carpenter	1897	-
El Cayo	T. W. F. Gann	-	Oficial Médico asistente de Corozal, director médico colonial
	F. L. Davis	1893	-
	R. H. Franklin	1902	

Orange Walk	J. H. H. Harrison	1892	Magistrado y médico oficial del distrito de El Cayo, oficial médico asistente de Belice, miembro del Comité de Registro Médico, oficial de sanidad, médico colonial, miembro de la Junta de Cuarentena, miembro del Real Sociedad Geográfica, miembro del consejo legislativo
	F. T. Keyt	1897	-
	F. L. Davis	1902	-
Corozal	T. W. F. Gann	-	-
Belice	J. H. H. Harrison	1897	-

Fuente: (Doc. 34).

A su vez, la hegemonía sanitaria de Estados Unidos no sólo se hizo manifiesta a través de la imposición de restricciones al comercio frutero sobre los puertos y navíos tropicales de Centroamérica y el Caribe, sino que las propias autoridades sanitarias de Belice procuraron configurar el territorio como un punto para la réplica de dicha hegemonía tanto al interior como al exterior de la colonia.

Por ejemplo, el magistrado del distrito sur de Honduras Británica, por instrucción de la junta de sanidad, prohibió a los plantadores poner fruta a bordo de vapores que hubieran tocado el puerto de Livingston, Guatemala; al mismo tiempo, las autoridades sanitarias de Belice declararon a Puerto Cortés como un espacio infestado de fiebre amarilla, provocando con ello la protesta de las autoridades hondureñas y de agencias comerciales como la *Macheca Line of Steamers* y otras, que denunciaron la injusticia de tal decisión argumentando que no había casos registrados de dicha enfermedad en su país, como sí ocurría en el puerto de Belice (Doc. 35).

La hegemonía sanitaria-comercial de Estados Unidos sobre la región, también quedó demostrada cuando se llevó a cabo en Guyana Británica la llamada “Conferencia de Cuarentena” (*The British West Indian Conference on Quarantine*), que congregó a representantes de las juntas de sanidad de las colonias más importantes para abordar el problema del establecimiento del sistema de cuarentenas en torno a las enfermedades de la fiebre amarilla, la viruela y el cólera, que eran asuntos que sin duda limitaban su actividad comercial hacia el espacio norteamericano y otros países en ultramar (Doc. 36).

Sobre la hegemonía Hoffmann ha propuesto, en torno al conflicto de la posesión de la tierra en Belice que, hacia la década de 1930 se vio amenazada la hegemonía británica sobre el territorio a consecuencia del declive de la economía de la caoba, de ciertos conflictos políticos internos, y la “competencia creciente de inversores” de Estados Unidos en el espacio colonial (2019, p. 2,

13). Mi propuesta pretende abonar a dicho planteamiento al considerar que tal “anticipación” y “amenaza” del desplazamiento de la hegemonía del Reino Unido a Estados Unidos puede extenderse hacia atrás en el tiempo, ubicándola en las transformaciones ocurridas en el ámbito sanitario y el papel político de los médicos a partir de las últimas dos décadas del siglo XIX.

Con respecto a esto último Espinosa, en su estudio sobre la intervención de Estados Unidos sobre Cuba establece que, el brote de fiebre amarilla ocurrido en 1897 en Nueva Orleans se tomó como un argumento político-sanitario para avanzar en el proyecto intervencionista sobre el espacio cubano. Este proyecto planteó como uno de sus objetivos “erradicar” la enfermedad “desde su origen”, tomando en cuenta las distintas afectaciones que dicho mal causaba -o podía causar- sobre la población estadounidense, así como la inestabilidad política que fue producida por la propagación de la enfermedad hacia el interior del territorio (2006, p. 543).

Así, el servicio sanitario de Estados Unidos intervino en la cuestión sanitaria de la región a través del *United States Marine Hospital Service* (USMHS), que se encargó de la desinfección de buques al sur del país, del establecimiento de cuarentenas y el control de flujos migrantes, apoyados por otras instituciones norteamericanas y comisiones especiales (Espinosa, 2006). El modelo de influencia sanitaria-comercial de Estados Unidos sobre la región no distó mucho de la estrategia empleada por los británicos, que pretendió establecer un “dominio informal” sobre ciertos espacios en ultramar a partir de la actividad del comercio (Curtin, 1998, p. 93).

Como muestra de la hegemonía sanitaria de Estados Unidos, las medidas de cuarentena se siguieron aplicando hacia finales de 1892, cuando brotes esporádicos de fiebre amarilla fueron reportados en el distrito de Corozal, y ante la amenaza de la entrada del cólera que ya había hecho su aparición en Nueva York (Doc. 37). Un nuevo movimiento sanitario tuvo lugar entonces en la colonia, con la consolidación de las juntas locales de sanidad y de cuarentena, la promulgación de nuevas leyes enfocadas al ámbito de la salud pública, el proceso de regulación de la práctica médica local y la emergencia de los galenos como parte de la élite beliceña.

La cooptación de los cargos de “oficiales médicos asistentes” sirvió como un espacio desde el cual un puñado de galenos coloniales ejercieron su influencia sobre asuntos relativos a la organización de la vida política, económica, social y cultural. A su vez, la estructura sanitaria de Honduras Británica quedó envuelta en una dinámica de vigilancia -constante y consentida- de forma directa e indirecta por parte de oficiales médicos extranjeros.

Como ejemplo de esto último, los cónsules británicos ubicados en distintos puertos que comerciaban con Honduras Británica debían informar semanalmente acerca del estado de salud en dichos puntos de intercambio mercantil, mientras que el *U.S. Public Health and Marine Hospital Service*, asesorado por sus oficiales médicos, elaboraba boletines semanales acerca del estado sanitario de la colonia (Boyce, 1906).

Ambas estrategias tenían el objetivo de cumplir con la llamada “Convención de Washington” (1905), debido a que un estado de cuarentena casi permanente fue establecido por Estados Unidos sobre Honduras Británica a consecuencia de la presencia endémica del mosquito *Stegomyia*. Esto obligó a la colonia a mejorar su capacidad de atención sanitaria, principalmente a través de la inspección de puertos y de otras medidas profilácticas que estuvieron dirigidas a contener la fiebre amarilla y demás enfermedades “tropicales” (Boyce, 1906).

Al echar un vistazo a las fuentes que registraron las actividades de los médicos oficiales para el nuevo siglo, se puede observar que la tendencia de su trabajo se diversificó a dos principales vías: por un lado, la prevención de epidemias (circunscrita a la fiebre malaria y amarilla) y, por otro lado, la intervención sobre la población para evitar la propagación de enfermedades transmisibles como la tuberculosis y la anquilostomiasis. Tales elementos forman parte de un proceso de medicalización que fue inscrito en la tendencia global de atención a nuevas afecciones en el siglo XX, y donde la ciencia médica intervino con el fin de aumentar la producción de materias primas empleadas en el mercado mundial para la manufactura de mercancías, y para expandir las redes mercantiles.

En consecuencia, en este territorio, el oficial médico principal identificó el factor de la pobreza como un elemento que había obstaculizado el trabajo de los galenos, tanto por las condiciones de vida en las que se desarrollaron las clases desposeídas, como por las prácticas sociales poco salubres que estas mantuvieron (Winther, 2003). A decir de Hoffman, “la primera mitad del siglo XX se caracterizó por una extrema pobreza entre la población...”, por lo que invariablemente este fue un elemento que se tomó como el primer campo de intervención por parte de los oficiales médicos, para explicar la prevalencia de ciertas enfermedades dentro del espacio colonial que afectaban la estabilidad económica de Honduras Británica (Hoffman, 2019a, p. 35).

A partir de 1905 se dio paso a la formación de brigadas -como resultado de la acción de agentes extranjeros como Boyce, y posteriormente por conducto de los magistrados de distrito-, que estuvieron integradas por inspectores sanitarios, oficiales médicos y oficiales de policía. Estas brigadas estudiaron la distribución y mantenimiento de los depósitos de agua para erradicar las fuentes de cría de mosquito, y sirvieron como base para la intervención de otros espacios públicos, como fueron las letrinas, mercados y mataderos.

Un segundo ámbito que pasó a ser medicalizado en la colonia durante el periodo reformista de la salud pública de inicios del siglo XX fue el de la familia, especialmente la familia pobre y dependiente, pues se consideró a los trabajadores de los campamentos de caoba como los responsables de llevar distintas enfermedades a la ciudad, especialmente la malaria. A través de ellos, los integrantes de la familia -mujeres y niños- resultaban los primeros contagiados (Boyce, 1906)

Macpherson apuntó que de 1910 a 1923, el oficial médico Thomas Gann, en su análisis sobre las condiciones sanitarias de los distritos rurales y su relación con la mortalidad infantil, afirmó que esta obedecía a "...un patrón de hombres que dejaban a las familias en la indigencia durante el trabajo estacional en el monte, a la preferencia de las madres por no amamantar y a la ilegitimidad (de los nacimientos), que aparentemente conducían a la negligencia..." (2003, p. 514).

Posiblemente fue a causa del poder o influencia política alcanzados a lo largo de casi tres décadas por el gremio de médicos que, en 1914, la corona actuó apoyándose en una nueva estrategia de tipo económico-administrativo. Otorgó mayores salarios a estos oficiales, y ordenó la designación de un comisionado de distrito que fuera independiente del cargo del oficial médico (Doc. 38). Con estas medidas, aparentemente, buscó optimizar la labor de los médicos, aunque más bien restringió su capacidad política al delimitar sus funciones y al reducir su intervención e influencia en otros espacios de la administración local (Doc. 39).

La tensión creada entonces por obtener el control de la organización de la salud pública, que fue sostenida entre el régimen imperial-colonial y el grupo dominante de oficiales médicos-comerciantes locales, se hizo más patente hacia finales de 1918, cuando Robert Walter, administrador del gobierno colonial, escribió al secretario de Estado de las colonias, Walter Hume Long, recomendando que las vacantes de oficiales médicos debían llenarse preferentemente con personas de ascendencia europea "pura" (Macpherson, 2009, p. 67) (Doc. 40).

Ante la poderosa influencia que alcanzaron las instituciones sanitarias estadounidenses al interior del territorio y la región, este movimiento debe entenderse como un intento por disputar nuevamente la hegemonía sobre el espacio beliceño, ahora mediante la intervención directa de los poderes imperiales en la reorganización de los asuntos relativos a la salud pública colonial. El problema para obtener médicos escaló a tal punto, que el proceso de designación de oficiales fue debatido mediante encuentros en Inglaterra y memorándums intercambiados por las autoridades coloniales e imperiales.

Desde la colonia, el entonces gobernador Eyre Hutson, apoyado de forma documental en el reporte del médico colonial Thomas Gann, indicó que los factores que obstaculizaban la llegada de médicos del Reino Unido eran las

condiciones de vida predominantes, su designación en estaciones sanitarias distantes “alejadas de todo tipo de vida social”, y la férrea examinación (profesional) a las que eran sujetos, incluso a pesar de los aumentos salariales y de la concesión otorgada para el ejercicio de la práctica privada en los distritos (Doc. 41).

Resultó evidente que, ante tales condiciones “adversas”, la posición del gobierno colonial se decantó por una aparente “flexibilización” en cuanto al proceso de selección de médicos procedentes de otras latitudes; esta postura estuvo opuesta a la pretendida reorganización de la esfera sanitaria por parte del poder imperial que apostaba por una mayor injerencia sobre los asuntos locales a través de la figura de los médicos, impuestos desde la metrópoli. Por consiguiente, en 1922 desde *Downing Street*, se limitó el poder del gobernador en este campo.

El Departamento de las Indias Occidentales y otros agentes asentados en Inglaterra determinaron que “en ningún caso el gobernador debería tomar acciones para asegurar oficiales médicos desde Estados Unidos sin buscar primero la aprobación del Secretario de Estado” (Doc. 42). Con ello, la presencia de médicos extranjeros se consideró un problema serio para la administración política colonial por parte del poder imperial; no obstante, las medidas adoptadas por Reino Unido parecieron no ser del todo eficientes.

En 1917 el doctor L. W. Hackett de la Comisión Internacional de Salud, visitó Honduras Británica; tras ello, elaboró un reporte sobre la anquilostomiasis que asolaba a la población de trabajadores y las villas indias, además recomendó la creación de campañas de tratamiento contra la enfermedad y la promulgación de reglamentos sanitarios (Hackett, 1917). Todavía en 1922, el oficial médico principal, James Cran, reportó al imperio la notable ayuda económica brindada por la Fundación Rockefeller para la erradicación del mosquito *Stegomyia fasciata* (Doc. 43).

La exhibición de fuerza mostrada por las autoridades británicas pareció sólo surtir efecto cuando el gobernador Hutson declaró que se abstendría “en el futuro de designar provisionalmente a cualquier extranjero excepto con su permiso (del Secretario de Estado) previamente solicitado y obtenido”, aunque no dejó de defender la designación de médicos estadounidenses como oficiales coloniales, como en el caso del doctor Winsor, destacando su valía para el servicio de salud de Honduras Británica, al estar asentado en el distrito de El Cayo que era “un lugar aislado y con condiciones de vida adversas” (Doc. 44).

Conclusiones

La estructura sanitaria colonial apareció como un espacio marcado por profundas contradicciones y tensiones. Estas tensiones se expresaron no sólo a nivel local, sino como parte del entramado de intereses político-económicos imperiales que

actuaron sobre la región y que fueron liderados en un primer momento por Reino Unido, y posteriormente por Estados Unidos.

La disputa por la hegemonía política sostenida entre estos agentes fue un proceso que marcó la aplicación de políticas de salud pública que configuraron el espacio beliceño, al menos desde finales del siglo XIX. El encumbramiento de la figura del médico-político como parte de la élite local, y que resultó ser clave en la defensa de los intereses de clase diseñados por la oligarquía comerciante-terratiente, emergió como un fenómeno que marcó de manera clara la organización de la salud pública a partir de finales del siglo XIX, y que se consolidó a inicios del XX.

Los fenómenos coyunturales de las epidemias que tuvieron lugar en 1886, 1890 y 1905, así como de las nuevas enfermedades infecto-contagiosas que asolaron el espacio colonial hacia la primera mitad del siglo XX, pusieron de manifiesto que las intenciones políticas y de clase de este conglomerado de sujetos, estuvieron ancladas en aquellas ideas o tendencias higienistas -y también racializadas- de la época, las cuales determinaron el tipo de intervención pública y de asistencia que desplegaron las autoridades sanitarias, muchas veces de forma desigual, sobre los distintos grupos poblacionales radicados en los distritos de Honduras Británica.

En este sentido, la esfera sanitaria colonial fue caracterizada por la constitución del oficial médico como un sujeto político, que fue capaz de desenvolverse y movilizarse entre grandes asuntos de tipo económico-comercial que resultaron primordiales de atención para el mantenimiento del orden público y sanitario en el territorio. Con ello, los médicos actuaron en 3 principales formas en la organización de la vida política-económica de Honduras Británica.

Primero, como fuertes agentes políticos, que reconfiguraron las relaciones de poder al interior de la colonia tras insertarse en la burocracia local; segundo, como agentes protectores de aquel circuito comercial del que dependió la colonia, a través de su alineación a las demandas sanitarias impuestas por Nueva Orleans y por otras instituciones norteamericanas que dominaron sobre las redes mercantiles de la región, las cuales estuvieron enfocadas al desarrollo del sistema de comercio frutero.

En tercer lugar, como agentes representantes de un sector de clase social que privilegió la persecución de sus propios intereses pecuniarios y políticos, a través de estrategias de negociación que sostuvieron con la administración imperial y colonial -en tanto actuaron como magistrados de distrito y se hicieron del cargo de oficiales médicos asistentes, así como su intervención y dirección de comisiones especiales como aquellas brigadas sanitarias del siglo XX- y que gradualmente se diluyeron con la intervención de las políticas y agentes sanitarios norteamericanos sobre el espacio local.

La intervención gradual de la hegemonía norteamericana en el ámbito de la salud pública, aparentemente permitió una mayor “flexibilidad” a los médicos locales, al “tomarlos en cuenta” en la dirección de la cuestión sanitaria que se pretendía reorganizar acorde a las necesidades políticas, económicas y comerciales dictadas ahora por Estados Unidos, siendo este un espacio donde los propios comerciantes-terratenientes locales tenían anclados sus intereses o negocios, y que fue un fenómeno que se reflejó también a través de la llegada de médicos estadounidenses al espacio colonial, el establecimiento de cordones sanitarios y cuarentenas, entre otros asuntos.

Los problemas para la conformación de las juntas sanitarias en Honduras Británica, así como las tareas de sus miembros y las formas en que transformaron el espacio público y las prácticas sanitarias de la población que tuvieron lugar a finales del siglo XIX y la primera mitad del siglo XX, formaron parte de un modelo político que expresó la tensión existente entre los poderes imperiales en la región atlántico-caribeña. Se puede establecer entonces que, la capacidad de acción de los oficiales médicos coloniales estuvo sujeta e interrelacionada con grandes procesos político-económicos que se produjeron en dicho espacio, mismos que condicionaron la naturaleza de las nuevas relaciones de poder que se constituyeron en la colonia a partir de la crisis política de la última década del siglo XIX. 

Referencias

- Doc. 1. Construcción propia a partir de información de The National Archives [en adelante TNA], CO-123-278, British Honduras, despatches, Jan-May, British Honduras, 62, Government House, April 6, 1914; CO-123-281, British Honduras, 1915, vol. 1, despatches, Jan-May, British Honduras, 88, Government, House, May 11, 1915; CO-123-285, British Honduras, 1916, vol. 2, despatches, Jun-Nov, British Honduras, 36868, Governor Collet, 137, July 18, 1916; CO-123-292, British Honduras, 1918, vol. 3, despatches, Aug-Dec, British Honduras, 20, October 17, 1918; CO-123-294; British Honduras, 1919, vol. 1, despatches, Jan-Aprl, British Honduras, 30, February 20, 1919; CO-123-297, British Honduras General Annual Report for the year 1918, Enclosed No. – of British Honduras despatch no. 218, November 6, 1919; CO-123-301, British Honduras, 1920, vol. 3, despatches, Jun-Jul, British Honduras, 176, July 13, 1920; British Online Archives [en adelante BOA] “Caribbean Colonial Statistics from the British Empire, 1824-1850”, vol. British Honduras (1839-1938), exp. Blue Books for the colony of British Honduras, secc. “Legislation, Schedule of all laws which have been promulgated in the colony”; “Prisions”, “Hospitals”; British Newspaper Archive [en adelante BNA], “The Colonial Guardian”, vol. 5, num. 37, 11 septiembre 1886, “Sanitary Matters”; vol. 6, núm. 42, 15 octubre 1887, “Dr. Wunderlich’s report”; vol. 10, núm. 45, 07 noviembre 1891, “Gossip; by Uncle Josh”; vol. 11, núm. 30, 23 julio 1892, “Edition”; vol. 12, núm. 52, 30 diciembre 1893, “Edition”; vol. 14, núm. 33, 17 agosto 1895, “Edition”; vol. 16, núm. 39, 25 septiembre 1897, “The Colonial Surgeon’s Egotistical Effusions”. Se consideran sólo aquellas enfermedades que fueron catalogadas directamente por las autoridades sanitarias locales como “brotes epidémicos” -ya fueran de carácter severo o leve (ligero)-, no así las afecciones de carácter “prevalente” o “infeccioso”, como la diarrea, enteritis, disentería (excepto en 1931, año del huracán que afectó a la colonia), “fiebres”, tos, tétanos, reumatismo, sífilis, gonorrea, entre otras. Enfermedades como la malaria, influenza, tuberculosis y anquilostomiasis, pasaron a ser consideradas prevalentes en la primera mitad del siglo XX. (*) Indica su catalogación local como “casi epidemias”.
- Doc. 2. BNA, *The Colonial Guardian*, vol. 1, no. 1, 07 enero 1882, “Edition”.
- Doc. 3. BNA, *The Colonial Guardian*, vol. 14, no. 16, 20 abril 1895, “Representative government”.
- Doc. 4. Construcción propia a partir de información obtenida de BOA, “Caribbean Colonial Statistics from the British Empire, 1824-1850”, vol. British Honduras (1839-1938), exp. Blue Books for the colony of British Honduras, secc. Hospitals, Lunatic asylum, Poor House, Hospital returns, (1885-1938). Para el año de 1898 se observa un pico invertido al no

existir datos disponibles; lo mismo ocurre para los datos de hombres y mujeres ingresadas al hospital en 1909, del cual sólo se dispone el número total que es de 591.

Doc. 5. Construcción propia a partir de información obtenida de BOA, “Caribbean Colonial Statistics from the British Empire, 1824-1850”, vol. British Honduras (1839-1938), exp. Blue Books for the colony of British Honduras, secc. Population, Miscellaneous numerical returns, Population and Vital Statistics (1885-1938); TNA, CO-123-294, British Honduras, 1919, vol. 1, despatches, January-april, Medical report for the year 1917, 1918; CO-123-301, British Honduras, 1920, no. 176, July 13, 1920, Medical Report for the year 1919; Wellcome Collection [en adelante WLC). British Honduras Medical Report for the year 1925, disponible en: <https://wellcomelibrary.org/item/b31492836>; British Honduras Medical Report for the year 1927, disponible en: <https://wellcomelibrary.org/item/b3149285x>; British Honduras Medical Report for the year 1929, disponible en: <https://wellcomelibrary.org/item/b31492873>; British Honduras Medical Report for the year 1931, disponible en: <https://wellcomelibrary.org/item/b31492897>; British Honduras Medical Report for the year 1932, disponible en: <https://wellcomelibrary.org/item/b31492903>; British Honduras Medical Report for the year 1934, disponible en: <https://wellcomelibrary.org/item/b31492927>.

Doc. 6. BNA, *The Colonial Guardian*, vol. 3, no. 27 mayo 1884, “The Siccama Scheme”.

Doc. 7. BNA, *The Colonial Guardian*, vol. 1, no. 36, 09/09/1882, “Edition”; vol. 2, no. 29, 21/07/1883, “Edition”; vol. 2, no. 30, 28/07/1883, “Edition”; vol. 4, no. 34, 22/08/1885, “Edition”; vol. 6, no. 36 03/09/1887, “Edition”.

Doc. 8. BNA, *The Colonial Guardian*, vol. 3, no. 31, 02 agosto 1884, “Edition”.

Doc. 9. Obtenido de TNA, CO-123-285, British Honduras, 1916, vol. 2, despatches, Jun-Nov. British Honduras, No. 223, Government House, November 23, 1916.

Doc. 10. BNA, *The Colonial Guardian*, vol. 5, no. 29, 17 julio 1886, “The value of a Governor’s word”.

Doc. 11. BNA, *The Colonial Guardian*, vol. 5, no. 37, 11 septiembre 1886, “Sanitary matters”.

Doc. 12. BNA, *The Colonial Guardian*, vol. 10, no. 14, 04 abril 1891, “Edition”.

Doc. 13. BNA, *The Colonial Guardian*, vol. 9, no. 48, 29 noviembre 1890, “Edition”.

- Doc. 14. BNA, *The Colonial Guardian*, vol. 9, no. 27, 05 julio 1890, "Edition"; vol. 9, no. 28, 12 julio 1890, "Editorial and Local Notes"; vol. 9, no. 38, 20 septiembre 1890, "Edition".
- Doc. 15. BNA, *The Colonial Guardian*, vol. 10, no. 19, 09 mayo 1891, "The report of the outbreaks of Yellow Fever IV".
- Doc. 16. BNA, *The Colonial Guardian*, vol. 9. No. 48, 29 noviembre 1890, "Edition".
- Doc. 17. BNA, *The Colonial Guardian*, vol. 2, no. 5, 03 febrero 1883, "Edition"; vol. 3, no. 31, 02 agosto 1884, "Edition".
- Doc. 18. BOA, "Caribbean Colonial Statistics from the British Empire, 1824-1850", vol. British Honduras (1839-1938), exp. Blue Books for the colony of British Honduras, secc. "Councils and assemblies", "Civil Establishment", "Establishment" (1885-1889).
- Doc. 19. BNA, *The Colonial Guardian*, vol. 3, no. 16, 19 abril 1884, "Edition".
- Doc. 20. BNA, *The Colonial Guardian*, vol. 9, no. 10, 08 marzo 1890, "Editorial and Local Notes".
- Doc. 21. BNA, *The Colonial Guardian*, vol. 10, no. 4, 24 enero 1891, "Public Meeting in the Colonial Club Hall".
- Doc. 22. BNA, *The Colonial Guardian*, vol. 9, no. 30, 26 julio 1890, "Edition".
- Doc. 23. BNA, *The Colonial Guardian*, vol. 9, no. 36, 06 septiembre 1890, "Sanitary Board".
- Doc. 24. BOA, Caribbean Colonial Statistics from the British Empire, 1824-1850", vol. British Honduras (1839-1938), exp. Blue Books for the colony of British Honduras, secc. "Councils and assemblies", "Civil establishment", "Establishment" (1891).
- Doc. 25. BOA, Caribbean Colonial Statistics from the British Empire, 1824-1850", vol. British Honduras (1839-1938), exp. Blue Books for the colony of British Honduras, secc. "Legislation. Schedule of all the laws which have been promulgated in the colony during the year" (1891)
- Doc. 26. BNA, "The Colonial Guardian", vol. 10, no. 2, 10/01/1891, "Editorial and Local Notes"; vol. 10, no. 21, 23/05/1891, "Correspondence"; vol. 10, no. 24, 13/06/1891, "Gossip, by uncle Josh".
- Doc. 27. BOA, Caribbean Colonial Statistics from the British Empire, 1824-1850", vol. British Honduras (1839-1938), exp. Blue Books for the colony of British Honduras, secc. "Legislation. Schedule of all the laws which have been promulgated in the colony during the year" (1896-1897).

- Doc. 28. TNA, CO-348-11, British Honduras register, 1889, Governor Moloney, no. 13858, June 23, 1892.
- Doc. 29. TNA, CO-348-14, British Honduras register, 1908-1913, Governor Collet, no. 109, May 13, 1908.
- Doc. 30. BOA, "Caribbean Colonial Statistics from the British Empire, 1824-1850", vol. British Honduras (1839-1938), exp. Blue Books for the colony of British Honduras, secc. "Legislation. Schedule of all the laws which have been promulgated during the year" (1894).
- Doc. 31. BNA, *The Colonial Guardian*, vol. 12, no. 39, 30 septiembre 1893, "Edition"
- Doc. 32. BNA, *The Colonial Guardian*, vol. 2, no. 8, 14 julio 1883, "Vessels in quarantine".
- Doc. 33. BNA, *The Colonial Guardian*, vol. 6, no. 32, 06 agosto 1887, "The Quarantine question in New Orleans".
- Doc. 34. BOA, "Caribbean Colonial Statistics from the British Empire, 1824-1850", vol. British Honduras (1839-1938), exp. Blue Books for the colony of British Honduras, secc. "Councils", "List of officers" (1893-1904).
- Doc. 35. BNA, *The Colonial Guardian*, vol. 6, no. 39, 24 septiembre 1887, "Correspondence".
- Doc. 36. BNA, *The Colonial Guardian*, vol. 6, no. 34, 25 agosto 1888, "The quarantine conference".
- Doc. 37. BNA, *The Colonial Guardian*, vol. 11, no. 41, 08 octubre 1892, "Report of the meeting of the Board of Health"
- Doc. 38. TNA, CO-123-278, British Honduras, 1914, despatches Jan-May, British Honduras, no. 37, Government House, March 04, 1914.
- Doc. 39. TNA, CO-123-281, British Honduras, 1915, vol. 1, despatches Jan-May, British Honduras, 14426, Governor Collet, no. 44, March 12, 1915; no. 4, April 01, 1915.
- Doc. 40. TNA, CO-123-292, British Honduras, 1918, vol. 3, despatches Aug-Dec, British Honduras, 55446, O.A.G. Walter, Confidential, October 24, 1918.
- Doc. 41. TNA, CO-123-305, British Honduras, 1921, vol. 1, despatches Jan-May, British Honduras, no. 31. Government House, January 27, 1921.
- Doc. 42. TNA, CO-123-311, British Honduras, 1922, vol. 2, despatches April-June, British Honduras, Governor Hutson, Confidential, April 21, 1922, "Designation of Medical Officers".

Doc. 43. TNA, CO-123-311, British Honduras, 1922, vol. 2, despatches April-June, British Honduras, no. 90, Government House, April 13, 1922.

Doc. 44. TNA, CO-123-311, British Honduras, 1922, vol. 2, despatches April-June, British Honduras, Confidential, Government House, April 21, 1922.

Siglas

BOA

British Online Archives

Colección: Caribbean Colonial Statistics from the British Empire, 1824-1950.

Volumen: British Honduras, 1839-1938.

BNA

British Newspaper Archive

Colección “The Colonial Guardian”, 1882-1897

TNA

The National Archives

Fondo: Colonial Office (CO)

Bibliografía

ALDER BURDON, SIR JOHN (1935). *Archives of British Honduras. Volume III, from 1841 to 1884. Being extracts and precis taken by a committee from such records as exist in the Colony, with a map.* London, Sifton Praed & Co.

ARMUS, DIEGO (2002). “Cultura, historia y enfermedad. A modo de introducción”. En: Diego Armus, *Entre médicos y curanderos. Cultura, historia y enfermedad en la América Latina moderna.* (pp. 11-26). Buenos Aires: Grupo Editorial Norma.

ASHDOWN PETER DAVID (1979). *Race, class, and the Unofficial Majority in British Honduras, 1890-1949.* Thesis presented in partial fulfillment on the regulations for the degree of Doctor of Philosophy. University of Sussex. England

- BOYCE, SIR RUBERT W. (1906). *Report to the Government of British Honduras upon the outbreak of yellow fever in 1905, together with an account of the distribution of the Stegomyia fasciata in Belize, and the measures necessary to stamp out to prevent the recurrence of yellow fever*. London, Waterlow and Sons Limited.
- CARRILLO, ANA MARÍA (1998). “Profesiones sanitarias y lucha de poderes en el México del siglo XIX”. *Asclepio*, vol. L, Núm. 2, pp. 149-168.
- CHAKRABARTI, PRATIK (2013). *Medicine and Empire: 1600-1900*. England, Palgrave-Macmillan.
- CURTIN, PHILIP D. (1998). *Disease and Empire. The Health of European Troops in the Conquest of Africa*. United Kingdom, Cambridge University Press.
- DOMÍNGUEZ BARBOSA, HARRY JONATHAN (2020). “Historia colonial del sur de la ciudad de Belice. Espacios marginales y exclusión en el caribe centroamericano”. *Anuario de Estudios Centroamericanos*, Universidad de Costa Rica, Vol. 46, pp. 97-115. DOI: <https://doi.org/10.15517/AECA.V46I0.42285>.
- DUTT, RAJESHWARI (2020). *Empire on Edge. The British Struggle for Order in Belize during Yucatan's Caste War, 1847-1901*. United Kingdom, Cambridge University Press.
- ESPINOSA, MARIOLA (2006). “The threat from Havana. Southern Public Health. Yellow Fever and the U.S. Intervention in the Cuban struggle for Independence, 1878-1898”. *The Journal of Southern History*, vol. 72, núm. 3, pp. 541-568. <http://www.jstor.org/stable/27649148?origin=JSTOR-pdf>
- FOUCAULT, MICHEL (2006). “Historia de la medicalización”. En: Michel Foucault, *La vida de los hombres infames*. (pp. 84-105). Buenos Aires: Caronte.
- GRAMSCI, ANTONIO (2001). *Cuadernos de la cárcel. Tomo IV, Cuadernos 10, 11 y 12*. México, Puebla, ERA-BUAP.
- HITCHEN, PETER (2005). *Indentured servants. Labour control in Belize, Jamaica, and the United States of America. The History Dissertation Prizewinner*. USA, Department of Humanities, University of Central Lancashire.
- HOFFMAN, ODILE (2019). “The end of the Empire Forestry? Issues of Land Possession in Belize, 1930s-1950s”. En: Odile Hoffman, Didier Guignard, Iris Seri-Hersch. *Spatial appropriations in Modern empires, 1829-1960. Beyond dispossession*. (pp. 1-31). England, Cambridge Scholars Publishing.

- HOFFMAN, ODILE (2019a). “La dominación agraria. Historias de pactos y rupturas en Belice en los siglos XIX y XX”. *LiminaR. Estudios Sociales y Humanísticos*, vol. XVII, núm. 2, julio-diciembre, pp. 32-47. <http://dx.doi.org/10.29043/liminar.v17i2.67>
- JORI, GERARD (2013). “La ciudad como objeto de intervención médica. El desarrollo de la medicina urbana en España durante el siglo XVIII”. *Revista electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, vol. XVII, núm. 432, pp. 1-62.
- MACPHERSON, ANNE (2003). “Colonial Matriarchs: Garveyism, Maternalism, and Belize’s Black Cross Nurses, 1920-1952”. *Gender & History*, vol. 15, núm. 3, pp. 507-527.
- MORRIS, SIR DANIEL (1883). *The Colony of British Honduras: its resources and prospects; with particular reference to its indigenous plants and economic productions*. London, Harrison and Sons.
- PENICHE MORENO, PAOLA (2016). *El cólera morbus en Yucatán: Medicina y salud pública, 1833-1853*. México, CIESAS, Miguel Ángel Porrúa.
- PORTER, DOROTHY (2005). *Health, Civilization, and the State. A History of public health from ancient to modern times*. United Kingdom, Routledge.
- ROBERTSON GIBBS, ARCHIBALD (1883). *British Honduras. An historical and descriptive account of the colony from its settlement, 1670. (Compiled from original and authentic sources)*. London, Sampson Low, Marston, Searle & Rivington.
- SHOMAN, ASSAD (2009). *Historia de Belice. El surgimiento de una nación centroamericana*. México, Centro de Investigaciones sobre América Latina y el Caribe, Universidad Nacional Autónoma de México.
- TANNENBAUM, FRANK (1951). “México: la lucha por la paz y por el pan”. *Revista Problemas Agrícolas e Industriales de México*, octubre-diciembre, vol. 3, núm. 4, Editorial Talleres Gráficos de la Nación.
- TOUSSAINT, MÓNICA (comp.) (2014). *Belice, textos de su historia, 1670-1981*. México, Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora.
- WAINWRIGHT, JOEL (2020). “The Colonial origins of the State in Southern Belize”. *Anuario de Estudios Centroamericanos*, vol. 46, pp. 1-19, <https://doi.org/10.15517/AECA.V46I0.45072>

- WINTHER, PAUL C. (2003). *Anglo-european Science and the rhetoric of Empire. Malaria, opium, and British Rule in India, 1756-1895*. USA, Lexington Books.
- WOLF, ERIC R. (2005). *Europa y la Gente sin historia*. México, Fondo de Cultura Económica.
- WRIGHT, DONALD R. (2018). *The world and a very small place in Africa: A history of globalization in Niimi, The Gambia*. USA, New York, Routledge.



Vigilar y controlar: la importancia de las recaudaciones de la Junta Superior de Sanidad sobre las prostitutas de Yucatán, 1891-1915

Monitoring and controlling: the importance of the the Superior Board of Health's collections on prostitutes in Yucatán, 1891-1915

Evelia Magaña

CIESAS Unidad Peninsular (México)

<https://orcid.org/0009-0000-6005-4236>

eveliamagana35@gmail.com

Recibido: 17 de agosto de 2023.

Aprobado: 27 de diciembre de 2023.

Resumen

Este artículo examina el impacto de la Junta Superior de Sanidad en el control de la prostitución, siendo uno de sus ejes principales el control fiscal a las mujeres públicas, esto enmarcado en el fortalecimiento del poder de la medicina científica a finales del siglo XIX. Se enfoca en la medicalización de la sociedad en el contexto del régimen porfiriano, donde la medicina se infiltró en los aspectos íntimos de la vida cotidiana; un aspecto importante para la Junta fue el control de la prostitución, que logró mediante la implementación de regulaciones higiénico-legales para erradicar a las prostitutas clandestinas, consideradas portadoras de enfermedades. El control de la actividad prostibularia significó, además de un medio profiláctico para las enfermedades venéreas, un ingreso importante a las arcas de la Junta Superior de Sanidad, estos ingresos incluían cobros de obligaciones, cuotas y lugares específicos para ejercer la prostitución. Se analiza el impacto económico de estos pagos en la Junta Superior de Sanidad y cómo los médicos utilizaron dichas recaudaciones, permitiendo expandir sus actividades a otros ámbitos de la sanidad pública y funcionar casi de manera autónoma del erario del Estado.

Palabras clave: Prostitución, género, medicalización, salud pública, Yucatán

Abstract

This article examines the impact of the Junta Superior de Sanidad in the control of prostitution, being one of its axes the fiscal control of the public women, this in the marc of the strengthening of the scientific medicine in the ends of XIX century. It focuses on the medicalization of the society in the context of Porfirian regimen, when the medicine infiltrated in the intimated aspects of the daily life; one of the important items for the Junta was the prostitution control, which was achieved through the implementation of hygienic-legal regulations to eradicate clandestine prostitutes, considered carriers of diseases. The control of the prostibulary activity significant, in addition to a prophylactic medium for venereal diseases, an important collection to the arks of the Junta Superior de Sanidad, these collections included payments of obligations, dues and specifics places to exercise of prostitution. It's analyzed the economic impact of this payments in the Junta Superior de Sanidad and how the doctors used these collections, allowing expanded his activities to other ambits of the public sanity and work almost in autonomous matter of the public treasury.

Keywords: Prostitution, gender, medicalization, public health, Yucatan.

Introducción

Con la llegada al poder de Porfirio Díaz, este propuso llevar al país hacia su ideal de progreso social y económico, tratando de convertirlo en una potencia mundial moderna. Con esta visión se propuso atraer al país capital extranjero, que junto con el poder monetario de las élites oligárquicas el país se enfiló en procesos modernizadores en distintos sectores, desde el educativo hasta el industrial, (Almazán, 2019:28-30), a pesar de las marcadas desigualdades que se observaban en los grupos sociales y el reparto desigual de la riqueza del país.

Dentro de las ideas de desarrollo de Díaz, la salud pública moderna recibió atención prioritaria. La preocupación por mantener la salubridad poblacional obedeció al interés por dotar al Estado de individuos sanos que pudieran servir de mano de obra; lo anterior, como consecuencia del interés del gobierno porfirista por echar a andar la maquinaria económica del país. La necesidad de proteger el capital externo que se estaba inyectando a México, y de continuar estimulando dichas inversiones, alimentó la urgencia de controlar las enfermedades que laceraban al país, intentando demostrar que México era un lugar seguro y libre de enfermedades transmisibles. Precisamente, las enfermedades de carácter infecto-contagiosas fueron los principales objetivos a erradicar, esto debido a la rapidez de su expansión y a la cantidad de víctimas mortales que cobraban. Ante esto, el gobierno puso especial interés en zonas de crecimiento comercial e industrial, como los puertos de Coatzacoalcos, Acapulco, Salina Cruz y Mazatlán, y zonas mineras como Cananea, el Istmo de Tehuantepec, por su crecimiento ferroviario. En esa misma tónica, Yucatán fue incluido debido al cultivo de henequén y su importancia en el mercado internacional (Carrillo, 2002:69).

Yucatán presentaba características particulares, que eran de interés especial para el gobierno federal, puesto que, durante el porfiriato el estado se encontraba en pleno auge del cultivo y comercialización de la fibra de henequén, uno de los principales productos de exportación. El estado se convirtió en uno de los motores económicos más grandes y fuertes, atrayendo una gran cantidad de trabajadores migrantes e inversión extranjera que eran atraídos por la bonanza económica. El interés por el crecimiento económico motivó que en Yucatán se llevaran a cabo campañas de salud pública y saneamiento, principalmente orientadas a contrarrestar el paludismo y la fiebre amarilla, por la llegada de buques mercantes al puerto de Progreso, además de la campaña de vacunación contra la viruela (Carrillo, 2002; Pérez, 2020).

Las directrices para mantener la salud poblacional en el porfiriato estuvieron guiadas por el modelo higienista, que ya había ganado terreno dentro de la medicina científica. Este modelo surgió en los albores del siglo diecinueve, siendo sus objetivos el conservar el orden y la limpieza de los espacios, de los cuerpos y aspectos de la vida con el firme interés de mantener la salud pública.

Con la hegemonización de la biomedicina y la medicina científica, el modelo higienista ganó poder y se instauró como el brazo ejecutor mediante el cual la medicina dominante comenzó a apropiarse de los más mínimos aspectos de la vida cotidiana (Urteaga 1985:417-425, Rosen, 2015:68-169). Con la instauración del higienismo se potenció el fenómeno medicalizador de la biomedicina, puesto que se contaron con bases científicas que justificaban tanto el control de prácticas, como de espacios y sobre todo de los cuerpos, con la idea de que este control y vigilancia sirvieran para favorecer el bien común y la salud de la población en general.

En 1891 se promulgó el primer Código Sanitario de México bajo la dirección del doctor Eduardo Liceaga; este código tuvo la particularidad de ser general y aplicable a todo el territorio mexicano. Además, se instauró la Junta Superior de Sanidad (JSS) de México, un órgano que se encargaría de vigilar que las normas sanitarias se cumplieran al pie de la letra. Como parte de las estrategias implementadas por Liceaga, en todos los estados se establecieron Juntas de Sanidad. En 1894 se constituye la Junta Superior de Sanidad de Yucatán, siendo su primer director el Dr. José C. Rendón. A partir de este momento, la junta se convirtió en el órgano rector en la toma de decisiones con respecto a las estrategias para mantener la salud en el estado. Entre sus principales objetivos se contó la erradicación de las enfermedades infecto-contagiosas, las más importantes la fiebre amarilla, la viruela y la sífilis; cuando estas enfermedades aparecían, todos los esfuerzos y recursos se destinaban para la erradicación de estos males, y que es un fenómeno que puede notarse en los libros de la Junta Superior de Sanidad (Magaña, 2020:73).

Justo un año antes de la institución formal de la JSS, el médico Pastor Rejón presentaba una tesis en la Escuela de Medicina de Mérida. Esta tesis llamada *Estado Sanitario de la Ciudad de Mérida* justificaba su relevancia en el “pésimo estado sanitario” de la capital yucateca. (Doc. 10). Mérida contaba en 1890 entre sesenta a setenta mil habitantes, y aproximadamente diez mil animales; según el Dr. Rejón, estos dejaban sus deshechos por donde quiera, lo que provocaba olores nefastos por la ciudad (Doc. 11). Además, se lamentaba del estado deplorable de las calles, mismas que se inundaban y enlodaban cuando había lluvias y eran demasiado polvorientas en la temporada de secas, estaban llenas de basura de todo tipo y de aguas sucias de las fondas, almacenes y lavanderías (Doc. 12). Rejón reportó que las principales enfermedades que acechaban a la población meridana eran el impaludismo (Nota 1), el alcoholismo y la sífilis (Doc. 13). La problemática del paludismo se aludía al mal drenaje de las aguas, al estancamiento producido por el agua de lluvia y las aguas negras. Del alcoholismo mostraba preocupación sobre todo por la intoxicación alcohólica, la cual se decía que llevaban al individuo a cometer crímenes. Y, por último, de la sífilis mencionaba ser un *veneno sutilísimo*, culpando directamente a las prostitutas de diseminar

enfermedades venéreas y sifilíticas, y urgiendo que se interviniera de manera inmediata sobre esta problemática que, obra decir del autor, había invadido Mérida de una manera descarada (Doc. 14).

El auge henequenero disparó los cambios en la configuración económica y social de Mérida. La capital yucateca se vio envuelta en un ambiente cosmopolita al vincularse mediante el comercio de exportación con Nueva York, Nueva Orleans, Mobile, Liverpool, Glasgow, Burdeos, Marsella, Havre, Hamburgo, Bremen y Génova. Esto llevó a la necesidad de implementar proyectos de estructura y de salud que satisficieran las crecientes necesidades poblacionales. Se construyeron obras públicas encaminadas a la salud como el Asilo Ayala, se construyeron obras magnánimas como el Parque Zoológico del Centenario, se modernizaron parques y lugares públicos con alumbrado eléctrico y adoquines; se urgió con la pavimentación de las calles para evitar encharcamientos, todo esto con la idea de realzar el orden, pulcritud, modernidad y estética porfiriana (Barceló, 2008; Miranda, 2010:194-200; Arana, 2013:32-36).

Sobre la problemática de la prostitución, se les tomaba a las mujeres públicas como un “mal necesario”, y aunque la actividad no era bien vista socialmente, los grupos políticos parecían entender que el camino para controlar la actividad no era el combate directo, si no el regularla para así tener a las mujeres que se dedicaban a esta actividad vigiladas y sitiadas, de manera que se pudiera conocer la dimensión de este fenómeno (Magaña, 2020a).

Además, el mantener vigiladas y controladas médicamente a las mujeres públicas fue la mejor manera que los médicos encontraron para controlar la diseminación de las enfermedades venéreas, puesto que el temor a estas era grande y constante debido a lo silenciosas y dañinas que podrían ser algunas (Carrillo 2002, Magaña 2020a). El temor se agrandaba cuando se hablaba de la sífilis, esto por el alto periodo de latencia de la enfermedad, lo terrible de la sífilis terciaria y la peligrosidad para las mujeres embarazadas y los hijos nacidos con este padecimiento (Documento 10). Debido a lo vergonzoso que resultaba el padecer de sífilis, y a que se consideraba una enfermedad ligada a prácticas sexuales inmorales, se identificaron a las prostitutas como las culpables de diseminar la enfermedad, por lo que era vital el mantenerlas bajo un estrecho control médico, ya que se pensaba que de esta manera se podía contrarrestar más eficazmente la transmisión de la sífilis y demás enfermedades venéreas (Bailón, 2007, Magaña 2020).

Metodología y fuentes

El grueso de la información utilizada para este artículo proviene de los libros de Copiadores de Oficios de la Junta Superior de Sanidad de Yucatán; de este corpus se consultaron los libros escritos entre 1891 a 1915. En este período se

produjeron 59 libros, con 7,089 fojas aproximadamente. Estos libros resultan una fuente rica e importante de información, puesto que en ellos se inscriben los pormenores de las ocupaciones de los médicos de la JSS. Su relevancia radica en la variedad de temas que comprenden, desde las enfermedades, hasta las cuestiones fiscales relacionadas con la JSS. El foco de interés de los médicos varía de año a año, de temporada a temporada; se pueden trazar estadísticas de emergencias de enfermedades por los reportes de epidemias, y también se reportan innovaciones científicas que eran incorporadas al quehacer de la JSS y los médicos de Yucatán.

Sobre el contenido de los libros, los primeros tres contienen información sobre la conformación de la JSS de Yucatán, y las primeras ocupaciones de los médicos, específicamente el combate a la viruela, la vacunación y algunas estadísticas de nacimientos. A partir del libro 4 se puede notar una diversificación en las ocupaciones de la Junta, toda vez que la problemática de la viruela había sido parcialmente controlada, y la enfermedad se reducía a brotes ocasionales y localizados, al volverse la vacunación obligatoria y con campañas permanentes. Aquí empieza a encontrarse información sobre otras enfermedades de carácter epidémico como la fiebre amarilla, y sobre todo comienzan a aparecer fichas relacionadas con el control de la prostitución.

Las fichas relacionadas con las prostitutas contienen información variada, desde multas, reportes de faltas, avisos de reconocimientos ginecológicos, médicos asignados a las revisiones, nombres, altas, bajas, dueñas de casa, direcciones, lugares de residencia. Estos datos ubicados en los libros de la JSS permiten obtener una visión general sobre el ejercicio de la prostitución en Yucatán, mostrando la preocupación constante que los doctores de la JSS tenían sobre el trabajo sexual, desde luego, motivado por el miedo a la sífilis y sus consecuencias.

Debido a la gran cantidad de información se pudo conformar una matrícula de mujeres públicas única en el estado de Yucatán para la época, ya que desafortunadamente no se cuenta con los registros originales como en otros estados. Concentrados en el programa Excel se encuentran 4,033 entradas, con información sobre el año, número de libro, nombre de la mujer, clasificación, casa de asignación o dirección particular, asunto del oficio (falta, enfermedad, arresto, baja, alta, fuga, traslado, reconocimientos, multa, etc.), causa de la multa, enfermedades, movimientos geográficos, lugares de arresto, permisos, fechas de altas y bajas, además de notas interesantes que pudieron recabarse en los libros. La concentración de estos datos en la base digital permite su manipulación y análisis. Este es un documento importante para el estudio de la prostitución en Yucatán, al ser el único concentrado de datos sobre las mujeres públicas porfirianas.

Los periódicos contenidos en la Hemeroteca Nacional Digital de la UNAM son otra fuente de información, sobre todo por los reglamentos que se publicaban en los Diarios Oficiales, gracias a ellos se pudo acceder a esta

información. Las tesis realizadas por aspirantes a médicos de la Escuela de Medicina son otra gran fuente de información, sobre todo porque se trata de escritos y vivencias de los propios médicos, que al final muestran parte de su forma de pensar como individuos y como médicos, además de que estos son una evidencia notable del avance científico, médico y tecnológico que se estaban gestando en estas épocas, sobre todo del producido en Yucatán.

Este trabajo se inserta en lo que Diego Armus (2002:43) llama la “nueva historia de la medicina y la salud pública”, que pone énfasis en el carácter social de la enfermedad y destaca las relaciones entre instituciones de salud con estructuras sociales, políticas y económicas. Armus propone el análisis del conocimiento médico dentro de su contexto histórico para explicar cómo algunos médicos, instituciones y tratamientos se establecen dentro del armazón estatal, mientras que otros permanecen al margen o en una posición de subordinación, al mismo tiempo que se analiza la historia natural de la enfermedad y su impacto dentro de la configuración socio-cultural y la manera en la que reacciona el aparato político con respecto a sus efectos (Armus 2020:43). Por consiguiente, en este trabajo se analiza a la prostitución como una problemática médica, enmarcada en el contexto social de la época, para entender las estrategias de salud implementadas sobre las mujeres públicas, que fueron motivadas por el temor a las enfermedades venéreas, antes que por el hecho de dar mal aspecto a la sociedad meridana.

Con mencionado anteriormente, se sugiere que el elevado coste de las multas a las mujeres públicas resultó una estrategia para mantenerlas bajo control, debido a que a través del ejercicio de la prostitución encontraban una oportunidad para obtener cierta independencia económica, dejando de estar sujetas económicamente a un hombre, y teniendo el poder de moverse libremente gracias a la disposición de dinero libre para ellas. El cobro de multas y la vigilancia constante pudieron representar la oportunidad de los médicos de apropiarse y limitar el dinero de las mujeres públicas, ya que además se trataba de un dinero ganado mediante la práctica de un trabajo social, moral y médicamente mal visto; esto se evidencia en los altos cobros y en que prácticamente toda transgresión relacionada con la prostitución podía pagarse monetariamente o con reclusión; aunado a esto, en los escritos de los médicos de la JSS de Yucatán a las autoridades políticas se puede notar la molestia y preocupación por la falta de contribuciones de las mujeres públicas con respecto a lo estipulado en los reglamentos y códigos para el régimen de la prostitución. Además, estos cobros a las mujeres significaron un ingreso sumamente importante para la JSS, si es que no se trata de la mayor entrada de dinero para la Junta, permitiéndoles realizar obras de gran envergadura o financiar innovaciones médicas.

Breve radiografía del trabajo sexual en Mérida

Los primeros intentos de control sobre la prostitución femenina en el actual territorio mexicano se ubican en la época virreinal, siendo el primer reglamento expedido en 1865, coexistiendo también una policía sanitaria que vigilaba y regulaba esta práctica (Benítez, 2016:136; Bliss, 2010:240). Los reglamentos expedidos en el porfiriato toman base en los esfuerzos por normar la prostitución durante el periodo de Maximiliano de Habsburgo, quien importó de Francia el uso de la estadística como medio de control poblacional, además de someter a las mujeres públicas a reconocimientos ginecológicos constantes (Bliss, 2010:241).

A pesar de que el higienismo y la biomedicina se abrieron camino en la época, la prostitución en tiempos porfirianos acarrea todavía un dejo del estigma moralino derivado del catolicismo y de lo que se consideraba como el “deber ser” de la sociedad de finales del S. XIX (Magaña, 2020:23), la prostituta representa la expresión de la doble moral porfiriana que, por un lado, elevaba y alababa la castidad y rectitud de las mujeres y, por el otro, se negaba a erradicar a la actividad prostibularia al considerarla un “mal necesario”. Además, que veía a la prostitución como limitante para la sociedad avanzada y pulcra a la que aspiraban, pero que al mismo tiempo decidía mantener por la misma razón que eran segregadas: la explotación de la sensualidad y sexualidad femenina (Bailón, 2014:168-169). Con las reglamentaciones sobre la prostitución, lo que se buscaba no era acabar con esta actividad, sino reglamentarla, de manera que se convirtiera en un espacio higiénico y seguro, no precisamente para las mujeres, sino para quienes frecuentaban estos lugares. De esta manera, los médicos lograron atraer para sí aspectos morales, sociales y culturales, convirtiéndolos en aspectos de interés médico. Para ello se basaron en el discurso higiénico de la época, desplazando el foco de la conservación de la moral y las buenas costumbres, hacia la propagación de enfermedades infecciosas, especialmente la sífilis (Magaña, 2020:24).

Normar y controlar el cuerpo de la prostituta y sus espacios revistió especial importancia bajo el argumento de evitar la propagación de un conjunto de enfermedades temidas y estigmatizadas como fueron las de tipo venéreo. De ahí que la reglamentación expresara esta necesidad de mantener un control férreo de la actividad prostibularia, sitiando a las prostitutas en espacios específicos en donde pudieran ser monitoreadas constantemente (Negroe y Repetto, 2019; Bliss, 2003:239-280) para evitar al máximo posible la amenaza de las enfermedades venéreas. La amenaza de la propagación de enfermedades venéreas fue el puente que conectó la prostitución con la medicina; ese fue el argumento para su medicalización. Este objetivo primordial se pone de manifiesto al incluir la reglamentación de la prostitución dentro del capítulo IX del Libro Segundo del Código Sanitario General de México, que está dedicado a la manera en la que deben

proceder y ser tratados los casos de enfermedades infecto-contagiosas (Magaña 2020:26), esta disposición se adopta también en los Códigos Sanitarios estatales. A ellas se les dedica el artículo 259 que a la letra reza: “Las mujeres que ejerzan la prostitución, deberán ser inscritas en los registros del ramo, quedando sujetas a la inspección médica, conforme a los preceptos del reglamento respectivo” (Doc. 1).

La reglamentación impuesta a la actividad prostibularia obedece a una necesidad de control médico e higiénico sobre las mujeres que se dedicaban a esta actividad, de manera que se pudiera mantener una vigilancia constante sobre ellas, sus espacios, sus conductas y sus cuerpos, pero también dotaba a las mujeres que se dedicaban a esta actividad de reconocimiento institucional y protección (Magaña, 202:26).

Para poder trabajar de manera *legal*, las mujeres debían instalarse en casas de tolerancia o en residencias que les permitieran ejercer solas, se les prohibía completamente laborar dentro de las casas de vecindad y hoteles (Doc. 7). Debían además de tener más de 25 años, estar inscritas en la matrícula de mujeres públicas, pagar el derecho correspondiente, el cual constaba de 2.50 pesos. Al registrarse se les entregaba una libreta con sus datos y fotografía, misma que debían mostrar durante los reconocimientos ginecológicos. Esta libreta debía ser repuesta inmediatamente en caso de pérdida o de que se hubieran llenado los espacios destinados a las firmas de asistencia a los reconocimientos ginecológicos, de lo contrario eran acreedoras de una multa. La mayor parte de las mujeres se ceñían al cumplimiento de estos requisitos, pero se han encontrado algunos casos en donde se descubrieron mujeres ejerciendo la prostitución que incumplían alguno, sobre todo la cuestión de la edad (Magaña, 2020a, b).

El registro al que eran sometidas constaba de los siguientes aspectos:

a) Nombre, Apellido, apodo o nombre con el que se ejerza la prostitución. b) Edad. c) Nacionalidad. d) Lugar de nacimiento. e) Domicilio. f) Estado. g) Si viven sus padres y ocupación de los mismos. h) Si viven con sus padres o hace cuánto no viven con ellos. i) Si tienen hijos y si éstos viven con ella. j) Si sabe leer y escribir. k) El tiempo que llevaba ejerciendo la prostitución y en qué lugares los ha ejercido. l) Su estado de salud (Doc. 2). Además de la identificación, cuando las mujeres realizaban su registro se les entregaba también una copia del reglamento, de manera que ellas estaban conscientes de sus obligaciones y derechos conforme a lo que se establecía en dicho reglamento, además debían pagar una contribución mensual de 2.50 pesos por concepto de revisiones ginecológicas (Doc. 7).

Las mujeres que ejercían la prostitución en Mérida provenían tanto del estado como de otros lugares. Su opción y facilidad de moverse con permiso de la Junta Superior de Sanidad era constante y amplia, siempre y cuando

estuvieran en regla con las disposiciones impuestas por el reglamento. Podían pedir permisos desde 5 días hasta un mes para ausentarse de sus lugares de residencia habitual para dirigirse a sus lugares de origen, u otros sitios a fin de visitar a su familia o para el arreglo de asuntos personales; aunque también podrían haberse movido con fines recreativos. Mientras que los “permisos” eran temporales, los “traslados” indicaban que la mujer había pasado a laborar o vivir a otra ciudad. El traslado de mujeres de una ciudad a otra con la finalidad de laborar en el comercio sexual podría obedecer a migraciones por causa de trabajo o hambre y que recurrieran a la prostitución de manera temporal con la finalidad de obtener recursos monetarios para poder continuar con su trayecto, fuera o no a laborar como mujer pública en el nuevo lugar de residencia, además es de resaltar el movimiento de las mujeres a lugares con un crecimiento económico considerable, como la región de la Península de Yucatán con el Henequén o Cuba con los cultivos de caña de azúcar, es decir, una mayor población masculina también aumenta el requerimiento de servicios sexuales. Encontramos en los registros de la JSS que las meretrices que residían en Yucatán constantemente pedían permisos para irse a Progreso 15 días, a La Habana o a la Ciudad de México, entre otras ciudades (Magaña, 2020:44).

Las mujeres que trabajaban en el comercio sexual en Mérida se movían para encontrar nuevas oportunidades económicas o estabilidad, pero también a Yucatán llegaban desde otros lugares, especialmente de Veracruz y Campeche. Solas o por intervención de alguna matrona, Yucatán parece cumplir con dos funciones dentro del corredor del comercio sexual, 1) como fin último, es decir, llegaban directamente a laborar a Mérida o Progreso; 2) como punto de enlace con Cuba, lo cual es algo interesante sobre la práctica del comercio sexual en Yucatán (Magaña, 2020:45).

Sin embargo, a pesar de toda la estrechez de los reglamentos, las mujeres que ejercían la prostitución encontraban maneras para evitar los reconocimientos y los cobros de derechos, que significaban una merma en los ingresos que percibían por su trabajo, además de escapar de la presión de las dueñas de casas que exigían pagos por prestar sus servicios en sus establecimientos, la comida y los vestidos que las mujeres usaban para atender a sus clientes (Bliss, 2003:253-254). Las clandestinas representaban un serio problema para el Estado, puesto que además de no realizar pago alguno, al no existir un registro de ellas como trabajadoras sexuales, tampoco se les podía vigilar ni obligar a acudir a las revisiones ginecológicas (Benítez, 2016:140).

Las clandestinas ejercían en casas de vecindad, particulares u hoteles; este aumento se debía posiblemente a que en estos lugares era difícil que las autoridades las ubicaran, haciéndoles más sencilla la movilidad a otro lugar o regresar de donde había llegado, eludiendo así el pago de derechos (Magaña, 2020:49). Hacia 1913, el entonces presidente de la JSS de Yucatán, el Dr. Montalvo se re-

fería a la problemática del clandestinaje como una amenaza constante a la salud pública, además de que lesionaba los intereses de la Junta y de las meretrices que voluntariamente cumplían con las disposiciones de la ley, ya que no pagaban sus contribuciones.

En una foja fechada en octubre de 1913, se expresaba la enorme preocupación por el asunto con las clandestinas, ya que el clandestinaje parece haber empeorado y en aumento, y debido a que las mujeres no le respondían a nadie una vez salidas de las casas de asignación la problemática se agravaba aún más, así que se le exigió al Jefe Político de Mérida se iniciara una campaña formal con la finalidad de legalizar y registrar al gran número de mujeres que ejercían la prostitución fuera del marco reglamentado, declarando que esto resultaba:

Verdaderamente escandaloso, injusto e inequitativo, que numerosas mujeres públicas gocen de toda impunidad sólo porque tiene para hotel, automóvil y sombrero de pluma y puedan beber champagne, mientras las duras leyes sanitarias pesan sobre un reducido número de mujeres, qué por no contar con adinerados o poderosos padrinos, ni tienen para lujo y hotel, sufren de todas las privaciones, penas y molestias que les impone su condición (Doc. 18).

Con estas palabras, la Junta hizo evidente que el pago de contribuciones realmente lastimaba la economía de las mujeres reglamentadas, y que el lujo en el que vivían las clandestinas era gracias a que esquivaban los pagos correspondientes. No obstante, lo que verdaderamente pareció molestar a la Junta fue la falta de pagos de las clandestinas a las arcas de la misma junta, además mostrando que el pago de todas las contribuciones si era de un monto elevado para las reguladas, puesto que se menciona la opulencia de las clandestinas versus la austeridad en la que vivían las reglamentadas ante tantos pagos obligatorios de la matrícula de mujeres públicas.

El clandestinaje en el puerto de Progreso mantenía características propias de su geografía. Además de contar con las estrategias de clandestinaje que se presentaban en Mérida, la problemática de Progreso se agudizaba por el arribo y salida constante de barcos de vapor, situación que permitía que hubiera mujeres que llegaban al puerto a prostituirse y a quienes no alcanzaban a identificar o detener (Magaña 2020:53).

Para controlar a las mujeres públicas existía una comisión especial para los reconocimientos ginecológicos. Estos eran semanales y en un principio los reconocimientos se llevaban a cabo en un espacio destinado especialmente en el Hospital O'Horán. Si al final de la revisión alguna de las mujeres estaba enferma de sífilis, el médico debía conducirla inmediatamente al Servicio Venéreo-sifilítico del hospital O'Horán, en el que debía permanecer hasta que desaparecieran los signos de la enfermedad. Al recibir el alta, la mujer debía continuar con la medicación al menos por dos años, pero ahora con el médico de su elección; durante este período podían seguir ejerciendo con normalidad siempre y cuando

continuaran con su tratamiento. Para esto, el médico tratante debía mandar un informe a la Junta indicando el curso del tratamiento y la medicación utilizada, todo esto enmarcado en el art. 36 del Reglamento para el Régimen de la Prostitución (Doc. 19).

El tratamiento preferido para medicar la sífilis era el mercurial, el cual podía ser administrado en forma de pomada sobre las lesiones sifilíticas o en forma de aceite gris mediante inyección hipodérmica (Doc. 10). Hacia 1908 se desarrolló un nuevo medicamento para tratar la sífilis, el salvarsán o compuesto 606 (Chuarie y Ceidel, 1887:38-39), el cual no solo ofrecía una rápida mejoría en comparación con el uso del mercurio, si no que parecía ayudar en los niños con sífilis hereditaria al lactar de su madre tratada con este medicamento (Doc. 9).

Aportaciones monetarias de las prostitutas

Aunado al presupuesto asignado a la Junta por parte del Gobierno Estatal, esta recibía gran parte de su liquidez mediante las penas monetarias impuestas a los infractores del Código Sanitario. Los costos de las multas variaban de acuerdo a la falta cometida, por ejemplo, por vender leche adulterada se pagaban 25 pesos, por un excusado en mal estado 20 pesos, el costo de la multa por tener un establo en malas condiciones se pagaban 10 pesos, a los médicos que no reportaran enfermos portadores de males infecto-contagiosos se les cobraban 5 pesos.

Para estar dentro de la matrícula de mujeres públicas se tenían que pagar derechos de inscripción que variaban de acuerdo con las categorías. En Yucatán solo había casas de primera y segunda categoría, coincidente con la bonanza económica del estado; esto es relevante porque en algunos estados del resto del país había casas de tercera categoría. Las casas de citas, tolerancia, lupanares, y casas aisladas pagaban 20 pesos las de primera categoría y 15 pesos las de segunda, además tenían que pagar mensualmente 15 o 10 pesos dependiendo de su clasificación. Las mujeres pagaban 2.50 o 1.50 dependiendo si eran de primera o segunda categoría, y daban la misma cantidad de aporte mensual a la JSS (Doc. 6). La categoría de las mujeres inscritas las daba las casas a las que se asignaban.

Las multas y penas relacionadas con la prostitución variaban según la falta:

- Multa de 5 a 10 pesos o de diez a veinte días de arresto por faltas a los arts. 11, en sus incisos a, b, e, f y g; y al art. 12 (Doc. 8):

Artículo 11: Obligaciones de las prostitutas (Doc. 3):

- a) Presentarse a los reconocimientos el día que le corresponda
- b) Llevar y presentar su cartilla de inscripción
- c) Seguir las normas de higiene que el médico les impongan

- d) No cambiarse de domicilio sin avisar a la JSS
- e) A permanecer en el hospital cuanto se le indique, y a presentarse en la Secretaría de la JSS cuando se les dé el alta.

Artículo 12.- Se prohibía ejercer en hoteles o casas de vecindad (Doc. 3).

- Las prostitutas clandestinas pagaban de 10 a 100 pesos de multa, o de diez a treinta días de arresto (Doc. 8).
- Las faltas a los arts. 16 y 22 se castigaban con 20 a 30 pesos de multa, o con doce a veinte días de reclusión (Doc. 8):

Art. 16: Las casas de tolerancia debían tener el permiso de la JSS para establecerse (Doc. 4).

Art. 22: Para cambiar de ubicación una casa de asignación se debía pedir permiso a la JSS y esta debía verificar que cuente con las características necesarias para estar dentro del reglamento (Doc. 5).

- Se pagaban seis pesos por las violaciones a los arts., 24 en sus incisos a, b, c, d, e, f, j y p; arts. 28, 29 y 30 (Doc. 8).

Art. 24: Obligaciones de las patronas de las casas de tolerancia (Doc. 6):

- a) Conservar el orden y hacer cumplir el reglamento
- b) Mantener la higiene de la casa y obligar a las pupilas a mantenerse limpias
- c) A llevar un libro de registro en donde se anoten quienes ejercen en sus casas
- d) No permitir que ejerzan más mujeres de las inscritas en sus casas
- e) Que sus pupilas recurran a los reconocimientos
- f) Que en cada cuarto haya objetos para el aseo de los clientes
- g) Procurar que las meretrices muestren su libreta a los hombres que lo requieran
- h) Tener un cartel visible con los preceptos del reglamento

Los arts. 28, 29 y 30 eran las mismas normas de las casas de tolerancia que para las casas de citas (Doc. 8).

Para el año de 1911 se reportaron 5,474 pesos por conceptos de recaudaciones, lo que se desglosa en el siguiente cuadro (Doc. 17):

Concepto	Monto
Contribuciones de pupilas	\$1,518.00
Derechos de Inscripción (de mujeres públicas)	\$215
Expendio de reglamentos para meretrices	\$24.00

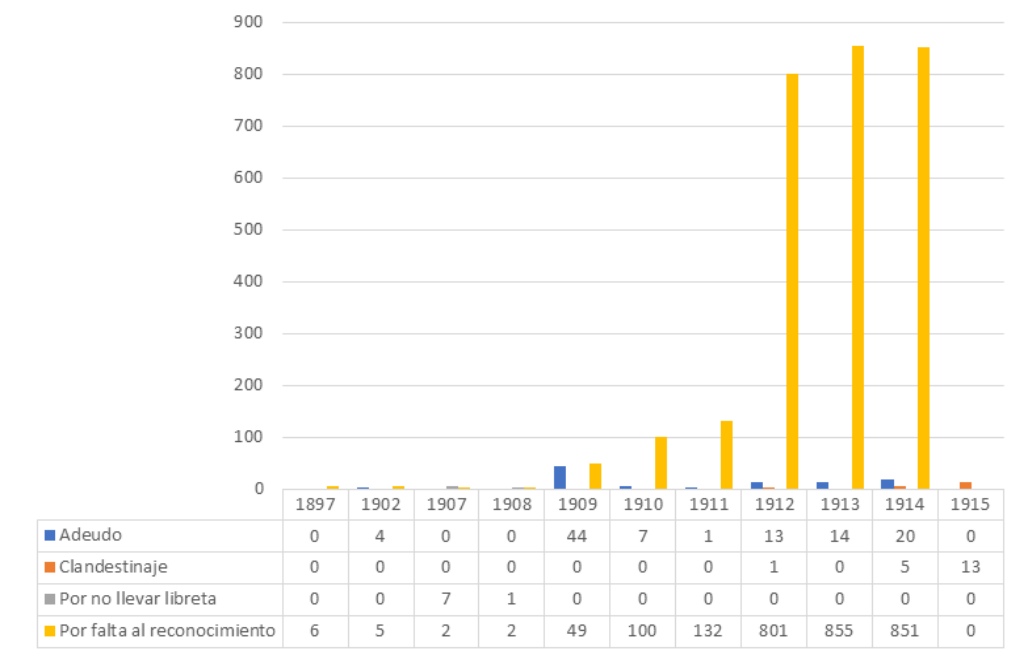
Contribución de casas de tolerancia	\$1,312.00
Producto de multas	\$1205
Derechos de desinfecciones	\$209.00
Derechos de inspección	\$545.00
Registro de títulos	\$15.00
Expendio de libretos	\$40.00
Expendios de nomenclatura de las enfermedades por Bertillón	\$11.00
Expendio de reglamentos para barberías	\$ 2.00
Perros en observación	\$238.00
Inyecciones inmunizantes	\$120.00
Expendios de bloks certificados de defunciones	\$20.00
Total	\$5474

Las primeras tres filas de la tabla corresponden a las contribuciones monetarias *voluntarias* de las mujeres públicas, que suman un total de 3,069 pesos, lo cual corresponde a un 56% de los ingresos de la JSS. Ello permite vislumbrar el importante papel que tenían las recaudaciones relacionadas con el régimen de la prostitución en la institucionalización y financiamiento de la sanidad en su conjunto. En ese mismo año, la Junta reportó gastos por 4,244 pesos por diversos rubros como papelería, servicios de edificio de la Junta. En investigaciones diversas, de esta cantidad reportada por la Junta, 125.70 pesos corresponden a gastos del servicio ginecológico, es decir, que mientras la prostitución aportaba poco más del cincuenta por ciento de los ingresos, y cubría el 72.3% de los gastos de la Junta, los gastos derivados de los reconocimientos ginecológicos eran sólo el 3% de los ingresos de la JSS (Magaña, 2020:95-96).

A estos ingresos habría que sumarles, también, la recaudación por concepto de multas. Si tomamos los datos de en los años de 1912, 1913 y 1914 en donde se registran más multas en los libros, y en el supuesto de que todas las multas fueran pagadas, tenemos un total de \$4,005, \$4,275 y \$4,255 por año, únicamente tomando en cuenta las multas por faltas a los reconocimientos ginecológicos. Asimismo, a estas cantidades habría que añadir los cobros de altas, de derechos a los reconocimientos, de libretas nuevas, las contribuciones de las casas de tolerancia y la expedición de reglamentos para las mujeres de nuevo ingreso a la matrícula, datos que por desgracia no se pudieron obtener en el archivo. Aun con los vacíos de información, la cantidad de dinero recaudado es importante, más si lo comparamos con los 5,417 pesos de 1911 (Magaña, 2020:96).

En 1913 se encontraban activas ocho casas de tolerancia en Mérida dirigidas por las señoras Dolores Basulto, Irene Reyes, Concepción Martínez, Gloria Yllescas, Joaquina Parra y Adelaida Sánchez (Nota 2); cuatro en Progreso de las señoras Nicolasa Alonso, Angelina Solis, Wenofrida Lizarraga y una mujer

identificada como “Campechana”; y una en Motul de Josefina Martínez. Eran en total 13 casas de tolerancia que se pudieron recabar en los libros para el año de 1913, y por la investigación que se hizo en los libros de la JSS, parecen ser casas de segunda categoría. Estas casas pagaban al año la inscripción para operar, la cual costaba para las casas de segunda categoría 15 pesos. Por inscripción estas casas pagaron 195 pesos anuales, y además tenían que pagar igualmente al mes 15 pesos, lo que le daba a la JSS un total de 2,340 pesos sólo por contribuciones mensuales de las Casas de Asignación.



Gráfica 1.- Multas impuestas a las mujeres públicas por faltas al reglamento. Fuente: elaboración personal.

Para dar una mejor idea de la importancia de las recaudaciones por conceptos del régimen de la prostitución, en 1902 se terminó una sala exclusiva para los reconocimientos ginecológicos, la cual tuvo un costo de 2,357 pesos con 65 centavos (Magaña, 2020:86). En este año se contabilizaron pocas multas, por lo que se asume que los ingresos mensuales por pagos de derechos fueron más; es muy probable que las mismas contribuciones de las mujeres públicas costeara su pabellón de reconocimientos ginecológicos. Las multas a las mujeres eran, para la época, bastante altas, sobre todo si se considera que, para las mismas fechas, a una enfermera se le pagaban solamente veinte pesos mensuales.

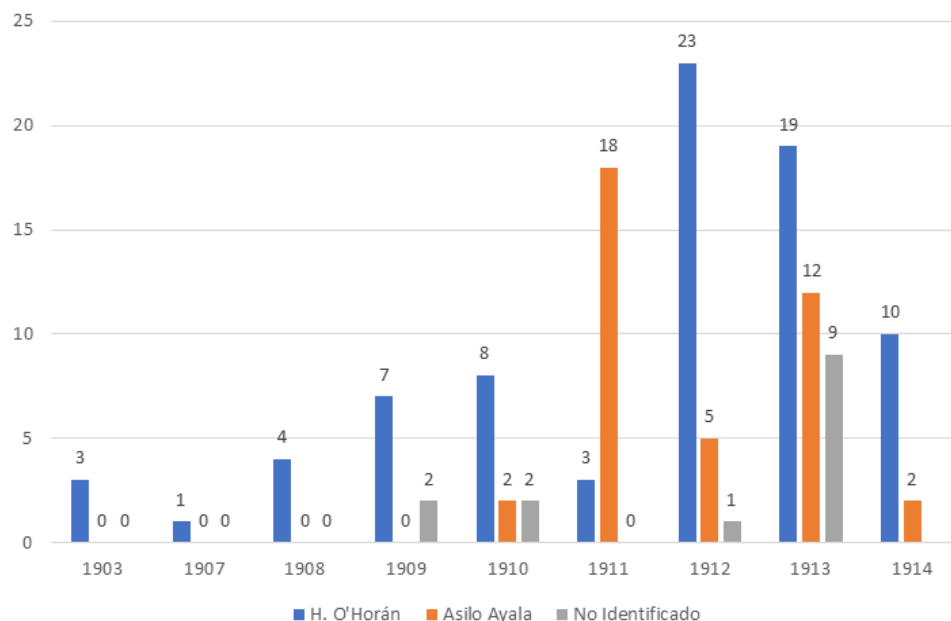
Resistencia al control financiero

El trabajo sexual permitía a las mujeres gozar de independencia sobre sus cuerpos, así como tener libertad de reproducción y financiera, y un cierto grado de control sexual. El reglamento elaborado para normar el régimen de la prostitución muestra un control casi total, bien pensado; se controlaban sus cuerpos al revisarlos ginecológicamente de forma constante y al medicarlos de manera obligatoria. Se controlaron sus espacios; las casas en las que ejercían, al estar vigiladas de cumplir las normas adecuadas y al no permitirles ejercer en cualquier lado. También se controló su comportamiento social al prohibirles saludar primero sin ser saludadas, así como en su dinero, al ponerles penas monetarias tan elevadas como el pago de cien pesos por prostitución.

Esto demuestra, además, la doble intención del control a las mujeres públicas: por un lado, el aspecto higienista de evitar la diseminación de enfermedades venéreas y, por el otro, el beneficio económico derivado de este control médico. Es entendible el enojo constante de los médicos y de las prostitutas reglamentadas hacia las clandestinas que eludían los pagos de derechos, lo que privaba a la Junta de un ingreso considerable que dejaba de percibir cada que una meretriz recurría a la clandestinidad o se fugaba de alguna casa de tolerancia.

Sin embargo, el mismo reglamento les ponía prácticamente la opción de elegir cómo querían expiar sus faltas, ya que las penas monetarias tenían la contraparte de poder cumplir un período de arresto en el hospital O'Horán o en el Asilo Ayala. Y era común que las mujeres prefirieran ser arrestadas que pagar las multas, sobre todo porque estas podían acumularse; además en los hospitales les brindaban atención médica si lo requerían, menesteres de aseo y las tres comidas del día.

Se tiene registrados 131 arrestos entre 1903 a 1914; hasta antes de 1910, el único lugar de reclusión era el hospital O'Horán. Después de este año, entra en escena el Asilo para dementes "Ayala", en el cual se recluían a personas que se encontraban perturbadas de la mente, aunque también se recluían a mujeres que se consideraban desviadas, y entre ellas estaban las mujeres públicas.



Gráfica 2.- Lugares de reclusión de las prostitutas por faltas al reglamento. Fuente: Elaboración personal.

La mayoría de las reclusiones eran por clandestinaje, lo que le supondría a la JSS una pérdida de alta, pues las multas a las clandestinas iban de los 10 a los 100 pesos. Era, precisamente, el clandestinaje la estrategia de resistencia por excelencia de las mujeres para evitar el control médico-fiscal sobre ellas. Además de las clandestinas existían las fugadas o prófugas, y estas aparecen como otra manera en que las prostitutas escapaban del control tanto de la JSS como de las matronas de las casas de tolerancia, o por no pagar las deudas adquiridas con la Junta por concepto de pago de derechos o reconocimientos ginecológicos, era huyendo de las casas mismas, siendo reportadas como prófugas, muchas veces por las mismas patronas (Magaña, 2020:52). Algunas de las mujeres fugadas volvían, y después de pagar las multas acumuladas o de purgar arrestos en el Hospital O'Horán o en el Asilo Ayala, regresaban a la prostitución bajo el marco legal, (Magaña, 2020:52) aprovechándose de los reglamentos y maleándolos de acuerdo a los intereses personales de las mujeres que ejercían la prostitución.

El constante y estrecho control financiero al cuerpo de la prostituta, muestra el papel del cuerpo de la mujer dentro de un sistema económico. Leopoldina Fortunati (2019: 110-112) menciona que esta incorporación de la fuerza de trabajo reproductora femenina encuentra una división: el trabajo doméstico (legal) y la prostitución (ilegal). La problemática derivada del trabajo sexual es el poco o nulo control que el sistema económico, dominado por varones, puede tener sobre los ingresos monetarios de las trabajadoras sexuales. En primer lugar, el problema de la clandestinidad hace que estas mujeres sean “invisibles”, lo que evita que puedan obtener parte de ese ingreso, porque técnicamente ese ingreso

no existe, no es comprobable (Fortunati 2019: 119-121). En este tenor, los estrechísimos reglamentos sobre la prostitución exhiben este intento de controlar este ingreso, haciéndolo parte del sistema económico de la época, al servir estas recaudaciones para la JSS y para ejercer campañas y estrategias en pro de la salud pública poblacional. Sin embargo, y a pesar de todos los esfuerzos, vemos que nunca se logró controlar la totalidad del dinero de las prostitutas, puesto que por más reglamentos que se expidiera, es imposible controlar la demanda, la cantidad de mujeres, y de los ingresos de las mismas.

Conclusiones

El establecimiento de la Junta Superior de Sanidad General en 1891, y las posteriores Juntas estatales permitieron ejercer un mejor control sobre aspectos importantes para mantener la Salud Pública. Los esfuerzos de la JSS de Yucatán por controlar las enfermedades epidémicas en la entidad fueron tan intensos, que les permitieron tempranamente el poder concentrarse en normar enérgicamente en otros aspectos de la salud pública, entre estos el control de la prostitución, para lo cual se expidieron reglamentos específicos que regulaban cada aspecto de la actividad prostibularia.

La estrechez de los reglamentos elaborados para regular el régimen de la prostitución muestra una necesidad imperante de normar todos los aspectos de la actividad prostibularia. A las mujeres que ejercieron la prostitución durante el porfiriato en Yucatán se les impuso un control vigilante sobre sus cuerpos, costumbres, espacios y sus ingresos.

En un primer momento, la reglamentación prostibularia muestra una preocupación médica, por la presencia del peligro de la sífilis y otras enfermedades venéreas; también exhibe una secularización de la moral cristiana al prohibirles a las mujeres interactuar libremente con la gente en la calle, además de que sus espacios de trabajo debían cumplir con las normas al pie de la letra, de manera que a las afueras de los edificios donde se llevara a cabo la prostitución no la expusiera al ojo público. Sin embargo, con el correr de los años se puede notar una creciente preocupación por la falta de pagos de las prostitutas y la problemática de la clandestinidad. Debido a los cobros de derechos, de reconocimientos, contribuciones mensuales y multas, la prostitución se convirtió de a poco en un flujo importante de dinero, y aparentemente era la mayor actividad de la que los médicos de la JSS obtenían recursos propios, lo que les permitió estar a la vanguardia de las innovaciones médicas.

A pesar de la constante vigilancia de los médicos a las mujeres, estas siempre encontraron maneras de resistir al control estrecho que la medicina científica había impuesto sobre ellas. Encontraron, principalmente en la clandestinidad,

la estrategia preferida para evitar todo tipo de control sobre ellas; las clandestinas no aparecían en los libros de la JSS, por lo tanto, no pagaban cuotas de inscripción, no asistían a los reconocimientos ginecológicos y tampoco pagaban las contribuciones monetarias exigidas por la Junta. Las prostitutas clandestinas gestionaban para sí mismas sus prácticas, espacios y, sobre todo, su dinero. Al final de cuentas la prostitución era la manera de ganarse la vida, era su forma de obtener ganancias para sí mismas y en algunos casos para sus familias.

Los reglamentos asignaban a las mujeres muchas obligaciones a las que estaban sujetas, si es que querían ajustarse a los requerimientos para estar dentro de la matrícula de mujeres públicas y laborar dentro del marco legal establecido para ellas. Sin embargo, los reglamentos también dotaron de derechos a las mujeres públicas, además que al conocer los reglamentos las prostitutas encontraron formas de oponerse al control médico. Con respecto a esto último, el reglamento para el régimen de la prostitución imponía penas monetarias bastante altas, estando las multas entre los cinco hasta los cien pesos dependiendo de la falta cometida, siendo además estas multas acumulables, por lo que algunas mujeres adquirirían cuantiosas deudas con los médicos.

Pero las penas monetarias no eran la única manera de pagar las faltas cometidas por las prostitutas que ejercían en Yucatán, los médicos les otorgaron a las mujeres públicas la opción de negarse a pagar y recurrir a la reclusión; esta podía durar hasta treinta días. Algunas mujeres parecen haber preferido purgar una pena en el hospital O'Horán o en el Asilo Ayala, con tal de no pagar las deudas que tenían.

El preferir recluirse en el hospital o pagar las multas, habla de una resistencia al control fiscal y de un manejo consciente de este, demostrando además que ellas sabían perfectamente que podían optar por una u otra forma de “pagar” la falta cometida de la que, además, no se retractaban, ya que a veces ellas mismas eran las que se presentaban a la Junta a pagar una vez vueltas de sus viajes o cuando al fin acudían a los reconocimientos, esto a su vez muestra que el estar o no dentro de la reglamentación se presentaba a las mujeres públicas como una opción más que una imposición, ellas podían estar “fuera del reglamento” al irse por semanas, y luego regresar, pagar las multas, hacerse reconocer ginecológicamente y volver a ejercer dentro del marco legal que amparaba a la prostitución.

Damos cuenta entonces de dos aseveraciones de este artículo: 1) La prostitución se convirtió en un importante flujo de dinero, y 2) las mujeres encontraron la manera de resistir al control fiscal, y al ejercer su derecho de decidir pagar o recluirse muestra a las mujeres como sujetas activas, las cuales conocían a la perfección sus reglamentos, y los utilizaban a consecuencia de sus intereses. 

Referencias

- ALMAZÁN SANTIAGO, MANUEL 2018, *Hacia una medicina científica: La modernización de la medicina mexicana en el Porfiriato y su entrada en el escenario mundial*. Tesis de Maestría, Facultad de Medicina, UNAM, México.
- ARANA LÓPEZ, GLADYS NOEMÍ 2013, “A la distancia: un paradigma de la modernidad porfiriana. La transformación urbano-arquitectónica de Mérida la de Yucatán al cambio del siglo XIX-XX”, En *Revista Gráfica*, Vol.10, N°1, pp. 26-55
- ARMUS, DIEGO 2002, “La enfermedad en la historiografía de América latina moderna”. *Asclepio* 54, Pp. 41-60.
- BAILÓN VÁSQUEZ, FABIOLA 2014, *Mujeres en el servicio doméstico y en la prostitución: Sobrevivencia, control y vida cotidiana en la Oaxaca porfiriana*. México, El Colegio de México
- BARCELÓ QUINTAL, RAQUEL 2008 “Un proyecto de afrancesamiento: Olegario Molina y la ciudad de Mérida”, En Pérez-Siller, Javier y David Skerret (Edits.), *México Francia: Memoria de una sensibilidad común; Siglos XIX-XX. Tomo III-IV*, México: Centro de estudios mexicanos y centroamericanos, 2008 (generado el 5 de septiembre del 2023), Pp. 527-574
- BENÍTEZ IBARRA, LAURA 2016, “Perdición, Enganche y Seducción. Prostitución y Lenocinio en Jalisco”, En Speckman Guerra, Elisa y Fabiola Bailón (Eds.) *Vicio, Prostitución y delito: Mujeres Transgresoras en los Siglos XIX y XX*, Universidad Nacional Autónoma de México.
- BLISS, ELAINE 2010, *Compromised positions: Prostitution, public health, and gender politics in revolutionary Mexico City*. Penn State Press.
- CARRILLO, ANA MARÍA 2002, “Economía, política y salud pública en el México porfiriano (1876-1910)”. En *História, ciencias, saúde-Manguinhos*, 9, Pp. 67-87.
- CHUARIE, LILIAN Y JUAN FERNANDO CEIDEL 2008, “Paul Ehrlich: de las balas mágicas a la quimioterapia”, En *Colombia Médica*, Vol. 39, Núm. 3, julio-septiembre. 2008, pp. 291-295.
- FORTUNATI, LEOPOLDINA 2019 (1981), *El Arcano de la Reproducción. Amas de casa, prostitutas, obreros y capital*, traducción de Javiera Mondaca, Traficantes de Sueños, Madrid.
- MAGAÑA PERALTA, EVELIA. 2020a, *La medicalización de la prostitución y la salud pública en Yucatán, 1891-1915*, tesis de maestría, CIESAS Mérida

- _____. 2020b, “El comercio sexual de menores de edad en Yucatán: Los casos de Candelaria Maas y Adela Monsreal”, en: *Ichan Tecolotl*, <https://ichan.ciesas.edu.mx/el-comercio-sexual-de-menores-de-edad-en-yucatan-los-casos-de-candelaria-maas-y-adela-monsreal/>
- MIRANDA OJEDA, PEDRO 2010, La modernización de los parques en la ciudad de Mérida, Yucatán (1870-1910). En: *Letras Históricas*, Núm. 3, pp-191-209
- NEGROE SIERRA GENNY Y FRANCISCO FERNÁNDEZ REPETTO 2017, “La prostitución femenina en Mérida. Miradas y reglamentaciones” En Lisbona Guillén, Miguel y Patricia de los Santos Chandomí (Eds.), *Mujeres en la historia contemporánea del sureste de México*, Universidad Nacional Autónoma de México, Pp. 77-114
- ROSEN, GEORGE. A 2015, *History of Public Health*. Revised expanded edition. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2015
- URTEAGA, LUIS 1895, “Higienismo y ambientalismo en la medicina decimonónica”, En *Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinæ Scientiarumque Historiam Illustrandam*, 5, Pp. 417-425.

Notas

Nota 1.- Enfermedad contagiosa causada por un parásito protozoario de los glóbulos rojos, del género *Plasmodium*, siendo transmitida por un mosquito de regiones cálidas y pantanosas.

Nota 2.- O Adellaida

Fuentes primarias: Periódicos

- (Doc. 1) Diario Oficial de Gobierno del Estado de Yucatán “Reglamento del artículo 222 del Código sanitario para el régimen de la prostitución”. 1910, pp. 1
- (Doc. 2) Diario Oficial de Gobierno del Estado de Yucatán “Reglamento del artículo 222 del Código sanitario para el régimen de la prostitución”. 1910, p. 1-2
- (Doc. 3) Periódico Oficial del Estado de Yucatán, Diario Oficial, Reglamento del artículo 222 del Código Sanitario para el Régimen de la Prostitución, 1910-12-28, p. 2
- (Doc. 4) Periódico Oficial del Estado de Yucatán, Diario Oficial, Reglamento del artículo 222 del Código Sanitario para el Régimen de la Prostitución, 1910-12-28, p. 3

- (Doc. 5) Periódico Oficial del Estado de Yucatán, Diario Oficial, Reglamento del artículo 222 del Código Sanitario para el Régimen de la Prostitución, 1910-12-28, p. 3-4
- (Doc. 6) Periódico Oficial del Estado de Yucatán, Diario Oficial, Reglamento del artículo 222 del Código Sanitario para el Régimen de la Prostitución, 1910-12-28, p. 4
- (Doc. 7) Diario Oficial de Gobierno del Estado de Yucatán “Reglamento del artículo 222 del Código sanitario para el régimen de la prostitución”. 1910, p. 6
- (Doc. 8) Periódico Oficial del Estado de Yucatán, Diario Oficial, Reglamento del artículo 222 del Código Sanitario para el Régimen de la Prostitución, 1910-12-28, p. 7
- (Doc. 9) El Tiempo. El descubrimiento del Dr. Ehrlich. Jueves 4 de enero de 1912.

Tesis

- (Doc. 10) Burgos. “La sífilis y el matrimonio”. 1919, p24
- (Doc. 11) Patrón, “Breves apuntes sobre la sífilis”, 1887, p.38
- (Doc. 12) Rendón, Pastor, 1890, Estado Sanitario de la Ciudad de Mérida, Tesis, p. 2
- (Doc. 13) Rendón, Pastor, 1890, Estado Sanitario de la Ciudad de Mérida, Tesis, p. 9
- (Doc. 14) Rendón, Pastor, 1890, Estado Sanitario de la Ciudad de Mérida, Tesis, p. 33-34
- (Doc. 15) Rendón, Pastor, 1890, Estado Sanitario de la Ciudad de Mérida, Tesis, p. 44
- (Doc. 16) Rendón, Pastor, 1890, Estado Sanitario de la Ciudad de Mérida, Tesis, p. 44-51

Libros de la Junta Superior de Sanidad de Yucatán

- (Doc. 17) Libros Copiadores de Oficios de la Junta Superior de Sanidad de Yucatán, N°33, Fondo: Poder Ejecutivo, 1912
- (Doc. 18) Libros Copiadores de Oficios de la Junta Superior de Sanidad de Yucatán, N°52, Fondo: Poder Ejecutivo, libro No. 52, 1913, foja 3478, AGEY
- (Doc. 19) Libros Copiadores de Oficios de la Junta Superior de Sanidad de Yucatán, N°57, Fondo: Poder Ejecutivo, 1914 oficio 237, AGEY



Las Juntas Auxiliares de Sanidad y la salud pública en el espacio rural de Yucatán durante la Posrevolución

The Auxiliary Boards of Health and public health in rural Yucatan during the post-revolutionary period

Inés Cortés Campos

CONAHCYT - CIESAS Unidad Peninsular (México)

<https://orcid.org/0000-0003-3168-4903>

iicortes@conahcyt.mx, ines.ultravioleta@gmail.com

Recibido: 14 de agosto de 2023.

Aprobado: 27 de diciembre de 2023.

Resumen

Este artículo se centra en las Juntas Auxiliares de Sanidad, instituciones conformadas en Yucatán entre el final del Porfiriato y los primeros años del régimen revolucionario, con el objetivo de atender los problemas de salud que se presentaban fuera de la capital del estado. Se propone que, aunque dichas instituciones debían encabezar la toma de decisiones sobre los problemas de salud de la población del campo, la preponderancia de la Junta Superior de Sanidad —asentada en Mérida— limitó sus acciones, impidiendo su desarrollo como estructuras sanitarias fuertes en partidos y municipios.

Palabras clave: Salud pública, espacio rural, Porfiriato, Posrevolución, Yucatán

Abstract

This article focuses on the Auxiliary Health Boards, institutions formed in Yucatán between the end of the Porfiriato and the first years of the Revolutionary regime, whose objective was to address health problems in rural areas. It is proposed that, although these institutions should lead decision-making on the health problems of the rural population, the preponderance of the Superior Health Board —based in Mérida— limited their actions, preventing their development as strong health structures in political parties and municipalities.

Keywords: Public Health, rural spaces, Porfiriato, Post-Revolution

Introducción

En las regiones rurales de México, una de las características que ha definido a la salud pública es la imposición de modelos salubristas desvinculados de las necesidades de la población local y de los condicionantes particulares de sus procesos de salud/enfermedad/atención.¹ En buena medida, ello se explica porque estas regiones han carecido estructuralmente de un sistema de salud orientado hacia la atención específica de sus problemáticas epidemiológicas. Con el objetivo de identificar algunas de las condiciones históricas por las que las regiones rurales del país han carecido de estructuras sanitarias propias, el presente artículo se enfoca en el caso de Yucatán y se sitúa temporalmente en los comienzos de la construcción del Estado-nación posrevolucionario, en el período que transcurrió en los últimos años del porfiriato y los primeros del régimen emanado de la Revolución.

En particular, se analiza el caso de las Juntas Auxiliares de Sanidad, que constituyeron un primer intento por crear estructuras sanitarias en el espacio rural yucateco, y por desarrollar acciones salubristas en zonas alejadas de los puertos y la capital del estado, que hasta entonces habían centralizado la atención de la salud pública en el estado. Se propone que, pese a la importancia que, en el papel, se llegó a adjudicar a estas juntas como base local de la salud pública, sus acciones reales eran limitadas y en algunos lugares no se encontraban activas. En cambio, la Junta Superior de Sanidad, asentada en Mérida, se mantuvo a la cabeza de la toma de decisiones en materia de salud en partidos y municipios, desplazando la autoridad y las funciones de las juntas auxiliares. Se caracterizan algunos de los factores que intervinieron en esta problemática, entre ellos: la hegemonía de la capital del estado en materia de salud, la adjudicación de las principales funciones sanitarias a los jefes políticos y alcaldes, y las dificultades de los gobiernos posrevolucionarios para implantar el orden salubrista federal en Yucatán.

El contexto histórico en el que se inscribe este trabajo corresponde al final del Porfiriato, los primeros años del régimen revolucionario en Yucatán y los comienzos de la Posrevolución. Durante la presidencia de Porfirio Díaz (1876-1910) se pretendió expandir la salud pública como proyecto nacional, pero se concentró en el saneamiento y combate a las enfermedades epidémicas en los núcleos de la actividad comercial (puertos, ciudades y fronteras). La salubridad de las regiones rurales quedó relegada del interés estatal, a pesar de que la población campesina se encontraba fuertemente afectada por enfermedades infec-

1 Dos fenómenos que ejemplifican esta problemática son, por una parte, la focalización de las campañas de salud de la primera mitad del siglo XX en las enfermedades con las mayores tasas de morbilidad y mortalidad (como paludismo y tuberculosis), sin atender el papel de la pobreza y la desnutrición en su agravamiento; y, por otra parte, la implementación de políticas de control natal, a partir de la década de 1970, totalmente desvinculadas de las ideas locales sobre familia.

tocontagiosas como paludismo, sarampión, tuberculosis, tifoidea y sífilis, entre otras, que ocasionaban altos índices de mortalidad (Carrillo, 2002: 70; Peniche, 2021: 42). El primer apartado de este artículo analiza esta etapa y ubica en ella la creación de las Juntas Auxiliares de Sanidad.

Luego de la revolución de 1910, como parte del proyecto de reconstrucción nacional posterior al movimiento armado, se creó en 1917 el Departamento de Salubridad Pública, con el objetivo de dar un nuevo impulso a la salud pública y combatir las enfermedades que más muertes cobraban entre los mexicanos. Sin embargo, en Yucatán la salud pública dio continuidad al salubrismo porfiriano, pues la Junta Superior de Sanidad siguió encabezando la toma de decisiones en cuestiones de salud. Por ello, pese a los ideales de justicia social que perseguía el régimen emanado de la revolución, la capital del estado y los principales puertos seguían siendo el eje de las acciones salubristas, y la salud de la población rural era atendida de la misma manera que durante el porfiriato: únicamente en forma intermitente para controlar brotes epidémicos. El segundo y tercer apartados abordan esta etapa, enfocándose en el papel errático de las juntas auxiliares de sanidad y las instituciones federales que pretendieron sustituirlas -las delegaciones sanitarias-, abarcando el alvaradismo y las primeras gubernaturas yucatecas de la posrevolución, hasta antes del cardenismo.

La fuente de información es el Diario Oficial del Estado de Yucatán. En especial, se consultaron reglamentos y circulares relativos a la cuestión sanitaria de los niveles local y federal; también se consultaron los informes de las juntas de sanidad publicados en el propio diario. Los reglamentos permitieron comprender qué lugar ocupaban las regiones rurales en la estructura sanitaria local; asimismo, brindaron elementos para caracterizar las funciones e integración de las juntas auxiliares de sanidad. Por su parte, las circulares y los informes de las juntas de sanidad aportaron información sobre las estrategias para enfrentar distintos problemas sanitarios en la entidad, permitiendo identificar, especialmente, las medidas empleadas en partidos y municipios.

En este trabajo se comprende a la salud pública como uno de los instrumentos que contribuyó a la hegemonía del Estado mexicano posrevolucionario. Un punto de partida de esta idea es la crítica del libro *Everyday forms of State Formation* (Joseph y Nugent, 1992), que cuestionó la falta de análisis sobre la participación popular y los procesos regionales en la construcción del Estado posrevolucionario; esta crítica se sustenta en la consideración de que el uso de la fuerza resultó insuficiente para apuntalar el dominio estatal, especialmente en los espacios rurales, aparentemente alejados de las prioridades gubernamentales (Corrigan y Sayer, 1985). Desde este enfoque, diversas investigaciones han propuesto que los repartos agrarios y la educación serían dos de los mecanismos sociales y culturales que ayudarían a explicar el dominio estatal en las regiones rurales de México.

No obstante la importancia de estas ideas, es notable la menor reflexión sobre el papel de la salud pública en estos procesos; historiadoras como Claudia Agostoni (2013) y Ana María Carrillo (2005) han avanzado en esta dirección, al proponer que la salud pública también habría sido un mecanismo clave para la construcción de la hegemonía estatal en el México posrevolucionario. En palabras de Agostoni (2013: 750): “la amplitud de las propuestas y la multiplicación de los programas y campañas de salud a partir de la década de 1920, denotan que la salud pública fue un elemento fundamental a partir del cual se buscó extender, hacer visible y tangible a la medicina estatal, a sus actores e instituciones a lo largo del país”. Este es el marco en el que se comprende la pretensión de instalar juntas auxiliares de sanidad en el espacio rural yucateco.

El “porfiriato prolongado” de Yucatán y las Juntas Auxiliares de Sanidad

El periodo que transcurrió entre 1911 y 1915 fue una época convulsa en Yucatán; Gilbert Joseph (1998: 451-452) la definió como una suerte de “porfiriato prolongado”, pues pese a los levantamientos y la agitación social de los mayas en contra de la oligarquía henequenera, la transición hacia el régimen revolucionario inició en esta entidad federativa solamente a partir de 1915, con la entrada del ejército constitucionalista de Salvador Alvarado y la llegada de éste a la gubernatura del estado.

Durante esta etapa, la continuidad del régimen porfiriano y la llegada tardía de las corrientes revolucionarias a Yucatán determinaron la permanencia de la estructura salubrista porfiriana durante los primeros años de la Posrevolución, estructura que relegaba a la población el campo, al enfocarse en el combate a las principales enfermedades epidémicas en la capital del estado y el puerto de Progreso. Las regiones rurales alejadas de estos espacios recibían atención únicamente cuando se presentaban brotes epidémicos, mediante el envío de comisiones extraordinarias conformadas por estudiantes de medicina (Canto, 2015: 233). Fue en este contexto que se promulgó, en 1911, el Código Sanitario del Estado, el primero de la Posrevolución en Yucatán y con el cual se instituyeron las Juntas Auxiliares de Sanidad (en adelante, JAS).

La creación de las JAS fue uno de los primeros esfuerzos gubernamentales por atender la problemática sanitaria de las zonas rurales del estado, cuya atención hasta entonces había quedado en manos de los patrones de las fincas henequeneras, ganaderas y forestales. En ese momento, las principales enfermedades que asediaban a la población yucateca, y consideradas como primeras causas de mortalidad, tanto en la capital como en los partidos, eran: paludismo, disentería, tosferina, pelagra, tuberculosis, meningitis, neumonía y diarrea (Doc.23).²

2 Según Alcalá (2020: 141), entre fines 1895 y 1917 “las enfermedades infecciosas del tracto

El Código Sanitario establecía que, en los partidos y sus municipios, las juntas auxiliares fungirían como la “primera autoridad política local” en cuestiones de sanidad e higiene. Quedaban a cargo de “todos los servicios de higiene pública y policía sanitaria” y su misión principal se describía como “velar por la salud pública”. Su estructura la conformaban el jefe político de cada partido — que fungiría como su presidente—, un médico encargado del servicio de vacuna y el presidente del Ayuntamiento, que tendría funciones de vocal; su sede se encontraba en las cabeceras de los propios partidos (Doc.27, Art, 497, p.4; Doc. 28, Art.502, p.5). Entre las tareas de las juntas auxiliares se encontraban la vigilancia de la vacunación, la inspección de enfermedades transmisibles, las desinfecciones y la administración de cementerios; esto último incluía todo lo relacionado con el manejo de cadáveres, inhumaciones, exhumaciones, embalsamamientos y movilización de cuerpos (Doc.28, Art.490, p.3).

Desde la creación de las JAS se definió la característica que trazó sus límites y alcances: su dependencia de la Junta Superior de Sanidad (en adelante, JSS). Las juntas auxiliares estaban obligadas a notificar a la JSS cuando se hubieran presentado brotes de enfermedades contagiosas en los partidos, o bien, cuando se detectara la presencia de bebidas y alimentos sospechosos de adulteración; en ambos casos, si las juntas auxiliares carecían de medios para realizar los análisis bacteriológicos, debían enviar muestras del material patológico (esputos, sangre, secreciones o alimentos sospechosos) a la JSS. Asimismo, serían una fuente de información estadística para la propia Junta Superior, a la que enviarían durante los primeros diez días de cada mes cuadros estadísticos referentes a vacunación, sanidad y demografía, así como información sobre desinfecciones realizadas, sustancias utilizadas y ubicación de los locales intervenidos (Doc.10).

Entre sus facultades, las juntas auxiliares podían imponer multas y sanciones a quienes no respetaran las disposiciones del Código Sanitario, y tenían el atributo de apoyarse en la policía para realizar detenciones preventivas contra “cualquier individuo que hubiese cometido falta o delito contra la salud pública” (Doc.28, Arts. 490 y 507, p. 3, 5). También podían declarar como insalubre o inhabitable un edificio, si bien el jefe político tenía la responsabilidad de proceder a la clausura (Doc.28, Art. 490, p. 3). Además, cuando fuera necesario realizar obras sobre las que no tuvieran obligatoriedad los vecinos (como la desecación de pantanos, higiene de mercados, mataderos o cementerios), debían hacer recomendaciones a los ayuntamientos para que las llevaran a cabo; en caso de que no cumplieran, debían notificárselo a la JSS para que ésta informara al gobernador del estado, quien tomaría las medidas correspondientes (Doc.28, Art. 492, p. 3).

digestivo y respiratorio, así como las transmitidas por vector eran las más frecuentes. Al mismo tiempo, las enfermedades exantemáticas, como el sarampión y la viruela, incidieron de forma negativa en el crecimiento de la población durante algunos años”.

Pese a la importancia que, en el papel, se adjudicaba a las juntas auxiliares como base local de la salud pública, sus acciones reales eran limitadas y en algunos lugares no se encontraban activas; aunado a ello, todas sus resoluciones eran susceptibles de ser apeladas ante la Junta Superior. Por lo tanto, esta última tendió a encabezar en forma creciente las acciones y la toma de decisiones en lo concerniente a la salud en partidos y municipios fuera de Mérida, sustituyendo y desplazando paulatinamente la autoridad y las funciones de las juntas auxiliares. Cabe señalar que, desde la creación de las juntas auxiliares de sanidad, ninguno de los presupuestos de egresos del gobierno del estado contempló montos para financiar su operación; esto a diferencia de la JSS, cuyos gastos sí estaban incluidos entre los egresos del gobierno estatal (véase el artículo de Magaña, incluido en este dossier).

Varios fenómenos evidencian esta situación. En 1911, el año en que se decretó la formación de las JAS, todos los informes sobre la situación de salud de distintas zonas fuera de la capital fueron rendidos por los jefes políticos de los partidos, y únicamente el de Maxcanú fue remitido por la junta auxiliar de sanidad (Doc.19). Es interesante notar que algunos volúmenes del Boletín Estadístico de Yucatán presentaban información específica sobre las enfermedades que ocasionaron defunciones en los 16 partidos en que se dividía el estado en ese momento, incluida la capital; sin embargo, excluyendo Mérida, y tomando únicamente como ejemplo la estadística del mes de noviembre de 1912, es posible observar que en el espacio rural yucateco la mayoría de estas enfermedades (76.2 %) no era certificada por un médico (Doc.23).³ Esta situación sugiere el débil papel de las juntas auxiliares de sanidad en la emisión de esta información, dado que se contemplaba que un médico debía formar parte de su estructura.

Aunado a lo anterior, las problemáticas de salud que se presentaron en diversos pueblos fueron atendidas por comisiones de la JSS y no por las juntas auxiliares. Así, por ejemplo, a causa de la epidemia de sarampión que se presentó en el estado en ese año, dichas comisiones acudieron a Izamal, Tekantó, Kantunil, Ucú, Dzitás, Komchén y Progreso, lugar donde desinfectaron canoas y vapores procedentes de lugares infestados con peste bubónica; también en Progreso, a solicitud de la Waters Pierce Oil Co., realizaron un estudio sobre los efectos que podría tener en la salud la instalación de un tanque de petróleo. En Tekax mediaron en un conflicto entre el jefe político de aquel municipio y Remigio Nicoli, propietario de un establecimiento industrial. Finalmente, a Seyé acudieron para “evitar el desarrollo de la difteria con el carácter epidémico que se presentaba allí” (Doc.10).

En algunos casos, los problemas de salud de los pueblos eran resueltos directamente por el gobernador del estado, con apenas la intermediación de la JSS

3 En ese mes se registraron 752 defunciones en todos los partidos, excluyendo Mérida, de las cuales 179 fueron certificadas por médicos y 573, no lo fueron (Doc.23).

y ninguna participación de las JAS. Fue el caso de Opichén, donde al comenzar a presentarse casos de sarampión y viruela en el mismo año, el presidente municipal, por su propio conducto, informó a la JSS del problema de la falta de médicos para atender a los enfermos; la respuesta de la junta fue que el presidente municipal tratara el asunto directamente con el gobernador, para que éste resolviera sobre el particular, sin que se mencionara siquiera a la junta auxiliar de salud del poblado (Doc.19).

La poca injerencia de las JAS en los problemas sanitarios de partidos y municipios —e incluso la desconfianza de la JSS en ellas—, se manifiesta también en su escasa o nula participación en una de las actividades salubristas más importantes del Porfiriato: la vacunación. En su informe de actividades correspondiente a 1912, la JSS dio a conocer la dificultad para inocular a la población de los partidos, y resaltó las sospechas que levantaba la estadística correspondiente (Doc.17). Según el informe:

En el resto del Estado fueron vacunadas 4,880 personas y cuyos números, según datos confidenciales que tenemos sobre su veracidad, no son del todo exactos, pues hay muchísimas poblaciones en las cuales han transcurrido años sin que se haya vacunado y en frecuentes ocasiones empleados poco escrupulosos, digámoslo con pena, han consignado datos de dudosísima veracidad en sus informes, todo por falta de inspectores y de no hacerse efectiva la sanción penal.

Para corregir estos inconvenientes, el gobierno del estado dispuso que la JSS nombrara un médico en cada partido, el cual vacunaría una vez al mes en las cabeceras y dos veces al año en los municipios (Doc.17). Es importante mencionar que en las fuentes consultadas aparecían referencias dispersas a direcciones y subdirecciones del servicio de vacuna de partidos como Peto y Valladolid; sin embargo, es notable que, fuera de Mérida, los jefes políticos eran quienes organizaban y gestionaban todo lo concerniente a la vacunación, lo que sugiere que las direcciones de vacuna conformadas en el transcurrir del siglo XIX tendieron a ser desplazadas por los gobiernos municipales.

En el partido de Temax tuvo lugar otro caso que evidencia la dudosa actuación de las juntas auxiliares en las actividades de vacunación. En una carta remitida a la JSS, el jefe político pidió que se ordenara a los vacunadores del partido devolver a las arcas municipales los sueldos que habían cobrado. Su petición obedecía a que hacía cuatro meses que no se administraba la vacuna en el partido y que durante todo el año de 1910 no se había realizado ninguna inoculación, “a pesar de la constante remisión de tubos de linfa vacunal”. El jefe político de Temax manifestaba que los vacunadores debían ser “sustituidos por otros menos remisos en el cumplimiento de su deber”. En este caso, fue el jefe político quien exhibió la mayor autoridad sanitaria en el partido, sin que la junta auxiliar desempeñara algún papel en la solución o denuncia de esta problemática (Doc.18). Además, el caso muestra que los partidos carecían de una autoridad

sanitaria capaz de resolver los problemas que surgieran durante los procesos de vacunación, pero también de asegurar su ejecución acorde con las disposiciones del reglamento.

Quizá por este tipo de situaciones, el reglamento de la vacuna de 1914 formalizó la relegación de las juntas auxiliares de las actividades de inoculación, al establecer que los médicos vacunadores dependerían directamente de la JSS y que ellos mismos debían llevar los registros de los vacunados; esto último contravenía lo dispuesto por el código sanitario de 1911 respecto al papel de las juntas auxiliares como responsables del registro de la población vacunada. El reglamento retiró, incluso, la autoridad que el propio código había otorgado a las juntas auxiliares para avalar la veracidad de los datos de las campañas de vacunación, pues depositó esta responsabilidad en las autoridades locales de cada población (Doc.31).

Con la llegada de las corrientes revolucionarias a Yucatán, surgieron intentos por instituir un nuevo orden sanitario en el espacio rural, al que nos referiremos en el siguiente apartado.

El alvaradismo: de Juntas Auxiliares de Sanidad a Delegaciones Sanitarias

Los gobiernos emanados de la Revolución veían en la sanidad de las regiones rurales una vía para concretar los ideales de justicia social que movilizaron la participación campesina en la revolución. Como parte de esta corriente, durante su gestión como gobernador de Yucatán entre 1915 y 1918, Salvador Alvarado puso en marcha diversas medidas para atender los problemas sanitarios del estado. Paradójicamente, algunas de estas medidas dificultaron el desarrollo de instituciones sanitarias en los poblados rurales, pues, como parte del nuevo orden salubrista nacional que el alvaradismo procuró establecer en Yucatán, las JAS fueron sustituidas por Delegaciones Sanitarias de administración federal, y los gobiernos municipales asumieron nuevas obligaciones en materia de salud pública.

El programa salubrista de Alvarado implicó la promulgación de diversas leyes en materia de salud. Una de ellas fue el reglamento para el ejercicio de la medicina y la farmacia, publicado en el diario oficial del estado en 1916; con este reglamento Alvarado pretendía proteger a la población de “farsantes”, regulando el desarrollo de la práctica médica bajo estándares científicos vigilados por la JSS. Entre sus mandatos, este reglamento constó de una serie de artículos que disponían sobre el desarrollo de labores sanitarias en las áreas rurales, y que adjudicaban a los médicos locales ciertas funciones que el código sanitario de 1911 había reservado originalmente a las juntas auxiliares de sanidad. Por ejemplo, estableció que en las poblaciones que no fueran cabecera de partido los médicos

locales serían los “representantes de la sanidad”, y por ende, “los encargados de procurar que se cumpla con las leyes sanitarias”; estos médicos debían ocuparse también de mejorar las condiciones sanitarias de los poblados. Además, determinó que en las poblaciones donde no hubiera médicos, esta función correspondería a las autoridades civiles y ayuntamientos (Doc.30).

Precisamente, la participación de las autoridades municipales en el desarrollo de actividades salubristas fue estimulada por la Ley Orgánica de los Municipios del Estado de Yucatán, promulgada por el propio Alvarado en 1918. El artículo 66 de esta ley definía las obligaciones de los comisarios municipales en lo concerniente a la salud, entre ellas: “velar por la salubridad pública, ejercitando las funciones que le correspondan conforme a la ley sanitaria”; “cuidar del aseo y limpieza de los mercados y evitar que en ellos o en cualquier otro lugar se vendan comestibles o bebidas descompuestas, adulteradas o malsanos”; vigilar el cumplimiento de las disposiciones relativas a cementerios, y cuidar que los presos fueran detenidos con reglas higiénicas y se les tratara con humanidad. La ley aclaraba que las facultades de los comisarios municipales en el ramo de la salubridad pública —al igual que otras que se le conferían, entre ellas, de los ámbitos de justicia y educación pública— no eran “antagónicas, sino colaborantes de las que competen a las autoridades de estos ramos” (Doc.21). Formalmente, estas disposiciones colocaban a las autoridades municipales a la cabeza de la salud pública en los poblados.

Durante el alvaradismo, además de las autoridades municipales, hubo otros sujetos desvinculados de la estructura sanitaria que también resultaron centrales para la ejecución de diversas actividades salubristas en las regiones rurales, impactando en una mayor relegación de las JAS. Tal fue el caso de la campaña de vacunación y revacunación dirigida a los habitantes de fincas y haciendas, ordenada en 1916, para cuya realización se solicitó a los propietarios —y no a las juntas auxiliares— que nombraran médicos titulados, estudiantes de medicina o vacunadores oficiales para desarrollar esta actividad (Doc.1). Este procedimiento se repitió en 1918, cuando el Consejo Superior de Salubridad de México delegó nuevamente en los “hacendados” tareas clave en relación con la fiebre amarilla; entre ellas, la imperativa de vigilar a sus trabajadores para aislarlos cuando presentaran fiebre, para lo cual los instruían a instalar “un departamento provisto de tela alambrada con doble puerta conforme al modelo de la ‘Casa de Salud’ de esta Ciudad” (Doc.32).

Aunque por un mero asunto de operatividad la ejecución de las tareas salubristas en las regiones rurales dependía de las autoridades municipales y los patrones de las fincas, la JSS seguía siendo la principal autoridad en la resolución de los problemas epidémicos más urgentes en todo el estado. Un caso que evidencia esta situación se dio en 1916, cuando se presentó un fuerte brote de viruela en el pueblo de Kanasín. Entonces, la JSS fue la encargada de diseñar

un plan centrado en evitar la propagación de la enfermedad —que, dicho sea de paso, no contemplaba la atención de los enfermos—, cuya aprobación quedó en manos del gobernador. Acciones fundamentales de este plan serían realizadas por los gobiernos municipales, que levantarían un padrón de todas las familias del pueblo, así como el médico vacunador del partido y un practicante, quienes se encargarían de organizar todo lo necesario para realizar una “vacunación rápida” de la población (Doc.33). Más allá del alcalde, no se contemplaba la actuación de alguna autoridad local centrada en el ramo de la salud.

Alvarado consideraba que el monopolio de la JSS sobre los asuntos sanitarios de Yucatán impedía consolidar el orden salubrista federal en el estado.⁴ Por ello, se propuso eliminarla, sustituyéndola por la Dirección General de Salubridad e Higiene de Yucatán, que fortalecería el papel del Consejo Superior de Salubridad de México en el estado, así como del Departamento de Salubridad emanado de la constitución de 1917. Al mismo tiempo, expandió la presencia de dicha dirección en los partidos, lo que justificaba en su informe de 1918 al reconocer que, aunque se habían hecho avances importantes en los seis meses que llevaba funcionando la nueva administración sanitaria de Yucatán, había problemáticas aún poco atendidas, señalando en específico la atención sanitaria fuera de la capital del estado. Para resarcir esta problemática, Alvarado dispuso en ese año la instalación de delegaciones sanitarias dependientes de la Dirección General de Salubridad, que sustituirían a las antiguas juntas auxiliares, y entre cuyas funciones se encontraban la vacunación y el servicio antirrábico. Sin embargo, no se instalaron delegaciones sanitarias en todos los partidos, sino únicamente en Espita, Progreso, Motul, Izamal, Tekax y Ticul (Docs.2, 32, 33).

Es importante señalar que en Yucatán existían delegaciones sanitarias federales desde 1908, pero se enfocaban exclusivamente en la campaña contra la fiebre amarilla; las conformaban médicos inspectores enviados desde la capital del país, y sus funciones consistían en informar al Consejo Superior de Salubridad sobre los trabajos realizados como parte de la campaña y las incidencias de esta enfermedad, así como emitir recomendaciones a la JSS (Docs. 14, 22). Sin embargo, la rectoría de los problemas sanitarios de Yucatán quedaba exclusivamente en manos de la JSS. Esta situación persistía en los primeros años del régimen revolucionario en el estado, por lo que la instalación de nuevas delegaciones sanitarias durante la gubernatura de Alvarado debe interpretarse como parte de los esfuerzos del Estado mexicano por materializar el proyecto salubrista federal en la entidad yucateca.

4 Sowell (2015) ha propuesto que los gobiernos posrevolucionarios procuraron ampliar la jurisdicción del Departamento de Salubridad como una estrategia para subordinar a los gobiernos locales a las autoridades de la capital del país.

Las delegaciones sanitarias creadas por Alvarado contaban con más atributos de los que en su momento se concedió a las juntas auxiliares y a sus predecesoras. Por ejemplo, tenían la capacidad para expedir certificados de salud para personas y productos alimenticios, atributo que previamente concentraba la JSS (Doc.6). También podían cobrar multas por el incumplimiento de la normatividad sanitaria; sin embargo, este dinero quedaba a disposición de las arcas de los municipios donde se encontrarán las propias delegaciones sanitarias (Doc.25).

No obstante, mostraron limitaciones en su actuación, como evidencia la interrupción del servicio de vacuna en el interior del estado entre 1918 y 1920, así como la restricción del envío de médicos a cuenta del gobierno únicamente para realizar análisis forenses, pero no para atender brotes epidémicos (Docs.7, 24).⁵ Otro caso que pone de relieve esta situación concierne a los brotes de rabia de 1920; una circular publicada en el Periódico Oficial del Estado consignaba que día con día aumentaba el número de personas “procedentes de todos los puntos del Interior del Estado”, que acudían a la Dirección General de Salubridad —y no a las delegaciones sanitarias de los partidos— para solicitar el tratamiento antirrábico (Doc.13). Asimismo, acorde con la ley de municipios, se encargaba a las autoridades municipales el desarrollo de actividades esenciales de la campaña antirrábica; entre ellas, la realización de jornadas de extinción de perros callejeros, con la salvedad de no dar muerte a aquellos que ya hubieran ocasionado mordeduras, pues dichos animales debían ser enviados a la Dirección General de Salubridad para su observación (Doc.8). Ello implica las delegaciones sanitarias, al igual que sus predecesoras —las juntas auxiliares—, tenían una participación marginal en el desarrollo de acciones de salud fundamentales en el espacio rural yucateco.

Los años veinte fueron una época de cambio político en Yucatán, cambio que, sin embargo, tuvo poco impacto en la administración sanitaria de las regiones rurales, como se señalará en el siguiente apartado.

La preponderancia de la Junta Superior de Sanidad en la Posrevolución

Hacia los años veinte, la federalización de la salubridad en Yucatán seguía siendo un proyecto inconcluso y la JSS se mantenía a la cabeza de la toma de decisiones en torno a la cuestión sanitaria en el estado. Esta situación tuvo consecuencias para la administración sanitaria del espacio rural yucateco, al dificultar el desarrollo de las Juntas Auxiliares de Sanidad y de las Delegaciones Sanitarias como estructuras sanitarias fuertes en los poblados, municipios y partidos.

⁵ Diario Oficial del Estado de Yucatán, 28 de febrero de 1920, p. 962; Diario Oficial del Estado de Yucatán, 08 de enero de 1921, p. 5638.

Durante los gobiernos de Felipe Carrillo Puerto (1922-1924) y José María Iturralde Traconis (1924-1926), los trabajos de la Comisión Especial para la Erradicación de la Fiebre Amarilla —financiada por la Fundación Rockefeller y activa en Yucatán entre 1921 y 1924— representaron cierto avance en la implantación del orden salubrista federal en el estado, al involucrar “una cooperación sin precedentes entre agencias estatales, federales e internacionales” (Sowell, 2015: pos. 3443). Sin embargo, los problemas que resultaron de esta cooperación y el rechazo de los médicos yucatecos a la creciente injerencia de las autoridades capitalinas (Sowell, 2015: pos. 3454) significaron un retroceso en el camino andado. El resultado fue que la JSS prevaleció como la principal autoridad sanitaria de Yucatán en esta etapa.

En contra de las disposiciones de Alvarado, la Dirección General de Salubridad e Higiene no había logrado sustituir a la JSS y, a mediados de los años veinte, ésta seguía en pleno funcionamiento. Ello se aprecia en que en 1925 el presupuesto de egresos del estado incluía montos para financiar sus actividades: aproximadamente \$25,000.00, que cubriría los salarios del director, los jefes de los servicios antirrábico, veterinario y de vacuna, de laboratorio, desinfecciones, y brigadas de inspección, entre otros servicios. Pero, dada la focalización de la JSS en Mérida y Progreso, este monto no contemplaba un rubro específico para la atención de los poblados rurales, tanto menos para el financiamiento de sus instituciones sanitarias; la situación resulta interesante, considerando que tanto Carrillo Puerto como Iturralde encabezaban gobiernos revolucionarios, agraristas y supuestamente preocupados por la población del campo. (Docs. 5, 11, 34).

Las pocas actividades salubristas desarrolladas en el espacio rural en esta etapa —principalmente, vacunación y desinfecciones— quedaban en manos de la propia JSS, con débil o nula participación de las juntas auxiliares y delegaciones sanitarias. Por ejemplo, en 1925, ante los frecuentes brotes de viruela que se habían venido presentando, el gobierno del estado emitió un decreto local sobre vacunación antivariolosa, en el que dispuso que su ejecución dependería enteramente de la JSS; además, la instalación de centros de vacunación se depositaba nuevamente en los gobiernos municipales, también “bajo la Dirección Técnica de la Junta Superior de Sanidad”. En cuanto a las visitas de inspección fuera de la capital del estado, éstas seguirían siendo realizadas por las JSS, sin injerencia de las juntas auxiliares ni de las delegaciones sanitarias; las 24 visitas de inspección que se realizaron en Valladolid sólo en mayo de 1923 estuvieron a cargo de la JSS (Doc. 16).

Como en otras regiones de México, la llegada de Plutarco Elías Calles a la presidencia (1924-1928) y el Maximato (1928-1934) implicaron en Yucatán una transición política sustentada en la emergencia de grupos de poder local, identificados con el régimen posrevolucionario y que operaban a través de alianzas con el PNR (Partido Nacional Revolucionario) (Pacheco, 2019: 13). Esta transición,

sin embargo, tuvo poco impacto en la administración sanitaria de las regiones rurales Yucatán, pues no consiguió desplazar el poder de la JSS, que seguía centralizando la rectoría de los asuntos sanitarios en el estado. Varios fenómenos evidencian esta situación.

Durante la gubernatura de Álvaro Torre Díaz (1926-1930) se realizó una modificación al código sanitario de 1911, mediante la cual se incorporó como vocales de las juntas auxiliares de sanidad a los directores de las escuelas y “a cualquier otra persona caracterizada de la localidad” (Doc.29). Aunque esta modificación sugiere un posible interés por retomar las funciones de las JAS, lo cierto es que, cuando Torre Díaz publicó una nueva ley estatal sobre vacuna antivariolosa, la JSS volvió a quedar enteramente a cargo de la vacunación, sin que su aplicación en los poblados involucrara a las juntas auxiliares, pero tampoco a las delegaciones sanitarias. En cambio, se otorgaba nuevamente a los ayuntamientos amplias facultades para crear centros de vacunación, si bien bajo la dirección de la JSS (Doc. 29). Por otra parte, en 1927, al presentarse una inusitada mortandad de peces en las costas, fue la propia JSS la que ordenó a las autoridades municipales que prohibieran la venta de pescado, por considerarlo un “peligro para la salud pública”; también dispuso que estas mismas confiscaran e incineraran el producto incautado (Doc.9). Y, en fin, ante la epidemia de influenza que se presentó en el estado a inicios de 1929, fue también la JSS la que determinó, por acuerdo con el gobierno del estado, solicitar a los directores de todas las escuelas de Yucatán que prolongaran las vacaciones escolares para disminuir los contagios (Doc. 4).

La ambigüedad del Departamento de Salubridad respecto al papel que otorgaba a las administraciones sanitarias locales contribuyó a reforzar el predominio de la JSS en esta etapa, pues disminuía sus facultades o las ampliaba a conveniencia.

Evidencia de tal ambigüedad es el nuevo reglamento federal sobre vacunación antivariólica, promulgado por Calles en 1925. *De facto*, este reglamento significaba un intento más de la federación por controlar o desplazar a las administraciones sanitarias locales, pues disponía que fungirían únicamente como auxiliares del Departamento de Salubridad, y que éste regiría el servicio de vacuna a través de las delegaciones sanitarias; además, obligaba a emplear exclusivamente la linfa vacunal enviada por el propio Departamento. Pero, al mismo tiempo, depositaba en las autoridades sanitarias locales la responsabilidad de ejecutar las actividades de vacunación, y les otorgaba plena libertad para organizarse “de acuerdo con sus leyes propias” (Doc. 35). Es decir, en la letra el Departamento de Salubridad pretendía someter a las juntas locales de sanidad, pero tácitamente —quizá reconociendo sus limitaciones para inocular a la totalidad de la población— les daba un amplio margen de autonomía. El propio Departamento de Salubridad insinuaba esta ambigüedad al advertir, en el mismo reglamento, contra posibles interpretaciones “mezquinas” que acusaran al gobierno federal

de interesarse en la salubridad de los estados y territorios únicamente cuando se presentaban amenazas epidémicas.⁶

El débil papel de las delegaciones sanitarias en las regiones rurales reforzaba la centralidad de la JSS, pues sus acciones se restringían al poblado o municipio donde se encontraban. Así lo sugiere el caso de Izamal, que contaba con una delegación sanitaria instalada durante la gubernatura de Alvarado; la exploración realizada por George Shattuck en el municipio a inicios de la década de 1930 encontró que, gracias a la delegación sanitaria, la vacunación se había practicado tan intensivamente que la viruela “se había vuelto rara” (Shattuck, 1933: 97).

En 1931 el gobernador Bartolomé García Correa (1930-1934), fuerte aliado de Calles, promulgó un nuevo código sanitario para Yucatán, en el cual dispuso la instalación de juntas auxiliares de sanidad en todas las cabeceras de los departamentos administrativos; el código estableció su conformación por representantes del gobierno municipal y un médico. Según Sowell (2015: pos. 1333) fue en esta coyuntura que las JAS “se integraron completamente a la Junta Superior [de Sanidad]”, convirtiéndose en la “primera respuesta” a las enfermedades en los poblados. Pese a que estas acciones apuntaban hacia el fortalecimiento de las juntas auxiliares en el medio rural, problemas como la insuficiencia de médicos para incorporarse a ellas (Sowell, 2015: pos. 1333), así como la preponderancia de la JSS, limitaron su alcance. Por ello, las actividades salubristas que se realizaban en las poblaciones rurales durante esta etapa no diferían radicalmente de las de antaño: vacunación antivariolosa, a cargo de los inspectores de las escuelas (Doc. 12), y visitas de inspección sanitaria de farmacias, establos y otros establecimientos para corroborar sus condiciones de higiene, para lo cual la JSS enviaba inspectores (Doc. 15).

El fin de la gubernatura de García Correa coincidió con el inicio del cardenismo (1934-1940), coyuntura que, al significar una nueva etapa para la salud rural en México, por la denodada expansión de las instituciones sanitarias en el campo, marca el cierre de este trabajo.

Conclusiones

En Yucatán, entre el final del Porfiriato y el comienzo de la Posrevolución, las juntas auxiliares de sanidad, primero, y las delegaciones sanitarias, después, constituyeron un primer intento por establecer estructuras sanitarias en el medio rural.

6 El Código Sanitario de 1926 buscó eliminar los resquicios de autonomía local, pues sus lineamientos subordinaron las administraciones sanitarias locales a las autoridades federales. En efecto, luego de su promulgación, el Departamento de Salubridad envió a 32 delegados sanitarios a las capitales de los estados, con la finalidad de asegurar la obediencia a las nuevas disposiciones (Sowell, 2015, pos. 3482).

Aunque, en teoría, dichas instituciones debían encontrarse a la cabeza de la toma de decisiones sobre los problemas de salud de partidos y municipios, distintos factores contribuyeron a limitar su actuación; entre tales factores, este artículo se centró en la preponderancia de la Junta Superior de Sanidad de Mérida, ligada a la continuidad de la administración sanitaria porfiriana, así como a la dificultad del salubrismo federal para anclarse en Yucatán. Esta situación determinó que la salubridad de las poblaciones rurales no emanara de iniciativas propias, sino que, más bien, surgiera como una suerte de apéndice de los proyectos sanitarios diseñados desde Mérida y, acaso, la capital del país.

En el espacio rural yucateco, las acciones salubristas emprendidas durante la etapa analizada respondieron de manera exclusiva a las preocupaciones de esa urbe y del Estado mexicano, preocupaciones a menudo entrelazadas con los intereses de potencias globales, como fue el caso de la Fundación Rockefeller y la campaña contra la fiebre amarilla. Ni las juntas auxiliares de sanidad ni las delegaciones sanitarias lograron consolidarse en el espacio rural yucateco como estructuras sanitarias, ya que los proyectos salubristas hegemónicos únicamente necesitaban entidades ejecutoras de un número reducido de acciones prioritarias; básicamente: vacunación, registro estadístico de enfermedades, notificación de brotes y, en menor medida, visitas de inspección.

Aunque en las décadas posteriores hubo diversos esfuerzos por expandir la salud pública en el medio rural, la atención a los problemas de salud específicos de la población del campo siguió siendo una deuda pendiente del Estado mexicano en el transcurrir del siglo XX y el tramo andado del siglo XXI. 

Archivos

CAIHLY Centro de Apoyo a la Investigación Histórica y Lingüística de Yucatán

BVY Biblioteca Virtual de Yucatán

Fuentes Primarias

- (Doc.1) “A LOS SEÑORES propietarios o administradores de las fincas rústicas ubicadas en la jurisdicción de los Partidos de Valladolid, Espita y Tizimín”. *Diario Oficial del Gobierno Constitucionalista del Estado de Yucatán*, Año XIX, n. 5668, p. 1728. Mérida. 28 de abril de 1916.
- (Doc.2) ALVARADO, Salvador. “Informe que de su gestión como Gobernador Provisional del Estado de Yucatán, rinde ante el H. Congreso del mismo, el ciudadano General Salvador Alvarado”. *Diario Oficial del Gobierno Constitucionalista del Estado de Yucatán*, Año XXI, n. 6192, p. 85-87. Mérida. 05 de enero de 1918.
- (Doc.3) “AVISO a los señores médicos cirujanos, veterinarios, dentistas, veterinarios, parteras, farmacéuticos, etc.”. *Diario Oficial del Gobierno Socialista del Estado de Yucatán*, Año XXX, n.8938, p. 7. Mérida. 16 de mayo de 1927.
- (Doc.4) “AVISO a los señores profesores del Estado”. *Diario Oficial del Gobierno Socialista del Estado de Yucatán*, Año XXXII, n.9518, p. 1. Mérida. 5 de abril de 1929.
- (Doc.5) “AVISO de la Junta Superior de Sanidad, Mérida, Yucatán, referente a la vacunación gratuita”. *Diario Oficial del Gobierno Constitucionalista del Estado Libre y Soberano de Yucatán*, Año XXVI, n.7775, p. 13. Mérida. 1º de marzo de 1921.
- (Doc.6) “AVISOS. Dirección General de Salubridad e Higiene”. *Diario Oficial del Gobierno Constitucionalista del Estado de Yucatán*, Año XX, n. 6076. Mérida. 23 de agosto de 1917, p. 4161.
- (Doc.7) AYUSO y O’Horibe Hircano. “Informe rendido por el C. Dr. Hircano Ayuso y O’Horibe a la H. XXVI legislatura del Estado acerca de su gestión administrativa como gobernador de Yucatán en el periodo comprendido desde el 27 de noviembre de 1920, fecha en que tomó posesión, al 31 de diciembre del mismo año”. *Diario Oficial del Estado Libre y Soberano de Yucatán*, Año XXIV, n.7114, pp.5633-5642. Mérida. 08 de enero de 1921.

- (Doc.8) “CIRCULAR de la Dirección General de Salubridad e Higiene”. *Diario Oficial del Gobierno Libre y Soberano de Yucatán*, Año XXIII, n.6877, p. 1524. Mérida. 30 de marzo de 1920.
- (Doc.9) “CIRCULAR de la Junta Superior de Sanidad a las autoridades municipales del Estado”. *Diario Oficial del Gobierno Socialista del Estado de Yucatán*, Año XXX, n. 9006, p.2. Mérida. 3 de agosto de 1927.
- (Doc.10) “CÓDIGO Sanitario del Estado de Yucatán”; KGF 9251 1911; CAIHLY. Mérida. 1911.
- (Doc.11) “CONFORME al Código Sanitario vigente, la vacunación contra la viruela es obligatoria. Decreto No. 252”. *Diario Oficial del Gobierno Socialista del Estado de Yucatán*, Año XXVIII, n. 8289, pp- 1-2. Mérida. 21 de marzo de 1925.
- (Doc.12) “DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN PÚBLICA. A las autoridades Municipales respectivas”. *Diario Oficial del Gobierno Socialista del Estado de Yucatán*, Año XXXIII, n.9864, p. 2. Mérida. 26 de mayo de 1930.
- (Doc.13) “DIRECCIÓN General de Salubridad e Higiene. A las autoridades Municipales de todo el estado”. *Diario Oficial del Estado Libre y Soberano de Yucatán*, Año XXVII, n. 6880, pp.1574-1575. Mérida. 02 de abril de 1920.
- (Doc.14) “ESTADÍSTICA diaria. Delegación Sanitaria Federal”. *Diario Oficial del Gobierno del Estado de Yucatán (República Mexicana)*, Año XV, n. 4299, 22 de mayo de 1912, p. 1400.
- (Doc.15) “INFORME del c. ingeniero Florencio Palomo Valencia, gobernador constitucional interino del estado, a la H. XXXIII Legislatura de Yucatán”; J 172.Y8.N3 1936; CAIHLY. Mérida. 1936
- (Doc.16) “JUNTA Superior de Sanidad. Movimiento en sus Servicios el día 2 de mayo de 1923”. *Diario Oficial del Gobierno Socialista del Estado Libre y Soberano de Yucatán*, Año XXVI, n. 7829, pp. Mérida. 4 de mayo de 1923, p. 4.
- (Doc.17) “JUNTA Superior de Sanidad. No. 3. Informe de los trabajos correspondientes al año de 1912, leído por el presidente Dr. Adolfo Patrón Martínez, en la sesión del 14 de febrero de 1913”; LXXXVI-1913-1/2-13 [Folletería]; pp. 1-55; CAIHLY. Mérida. 1913.
- (Doc.18) “JUNTA Superior de Sanidad. Sesión ordinaria del 19 de mayo de 1911”. *Diario oficial del Gobierno del Estado de Yucatán (República Mexicana)*, Año XIV, n. 4166, pp. 2695-2697. Mérida. 22 de junio de 1911.

- (Doc.19) “[JUNTA de Sanidad] Sesión ordinaria del día 23 de mayo de 1911”. *Diario oficial del Gobierno del Estado de Yucatán (República Mexicana)*, Año XIV, n. 4166, pp. 2697-2699. Mérida. 22 de junio de 1911.
- (Doc.20) “LA DEPURACIÓN del agua es indispensable para tener buena salud”. *Diario Oficial del Gobierno Socialista del Estado de Yucatán*, Año XXI, n.9381, pp.2-3. Mérida. 23 de octubre de 1928.
- (Doc.21) “LEY orgánica de los Municipios del Estado de Yucatán”. *Diario Oficial del Gobierno Constitucionalista de Yucatán*, Año XXL, n. 6208, pp. 467-493. Mérida. 25 de enero de 1918.
- (Doc.22) “MEDIDAS profilácticas contra la fiebre amarilla”. *Diario Oficial del Gobierno del Estado de Yucatán (República Mexicana)*, Año 12, n. 3605, pp.1-6. Mérida. 31 de agosto de 1909.
- (Doc.23) “MOVIMIENTO de población. Defunciones habidas en el Estado. Mortalidad clasificada por enfermedades y partidos”. *Boletín de Estadística*, t. XX, n. 1. Mérida. 15 de enero de 1913. BVY, Disponible en: <http://acervo.bibliotecavirtualdeyucatan.com.mx/> (Consultada: 12/09/2023)
- (Doc.24) “NOTAS del despacho. Órdenes de pago”. *Diario Oficial del Gobierno Libre y Soberano de Yucatán*. Año XXIII, n. 6851, pp. 960-963. Mérida. 28 de febrero de 1920.
- (Doc.25) “PODER Legislativo. Sesión del [...] de marzo de 1918 ... Oficios”. *Diario Oficial del Gobierno del Estado Libre y Soberano de Yucatán*, Año XXI, n. 6254, pp. 1701-1702. Mérida. 22 de marzo de 1918.
- (Doc.26) “PROYECTO de Ley al cual le recayó el trámite de prensa en la sesión verificada en el H. Congreso del Estado el día 21 del presente mes. Código Sanitario del Estado de Yucatán”. *Diario Oficial del Gobierno del Estado de Yucatán*, Año XIII, n. 3782. Mérida. 26 de marzo de 1910.
- (Doc.27) “PROYECTO de Ley al cual le recayó el trámite de prensa en la sesión verificada en el H. Congreso del Estado el día 21 del presente mes. Código Sanitario del Estado de Yucatán”. *Diario Oficial del Gobierno del Estado de Yucatán*, Año XIII, n. 3782. Mérida. 26 de marzo de 1910.
- (Doc.28) “PROYECTO de Ley al cual le recayó el trámite de prensa en la sesión verificada en el H. Congreso del Estado el día 21 del presente mes. Código Sanitario del Estado de Yucatán”. *Diario Oficial del Gobierno del Estado de Yucatán*, Año XIII, n. 3798. Mérida. 14 de abril de 1910.
- (Doc.29) “REFORMAS al Código Sanitario”. *Diario Oficial del Gobierno Socialista del Estado de Yucatán*, Año XXIX, n.8636, p. 2. Mérida. 21 de mayo de 1926.

- (Doc.30) “REGLAMENTACIÓN para el ejercicio de la Medicina y Farmacia en todos sus ramos, aprobada ya por el Ejecutivo del Estado”. *Diario oficial del Gobierno del Estado de Yucatán (República Mexicana)*, Año XIX, n.5847, pp. 3967-3969. Mérida. 25 de noviembre de 1916.
- (Doc.31) “REGLAMENTO de la vacunación y revacunación en el Estado de Yucatán”. *Diario oficial del Gobierno del Estado de Yucatán (República Mexicana)*, Año XVII, n. 5147, p. 3469-3472. Mérida. 21 de agosto de 1914.
- (Doc.32) “CIRCULAR a los Sres. Hacendados”, *Diario Oficial del Gobierno Constitucionalista del Estado de Yucatán (República Mexicana)*, Año XX, n. 5896, p. 380-381. Mérida. 22 de enero de 1917.
- (Doc.33) “DE LA OFICINA de información y propaganda revolucionaria”, *Diario Oficial del Gobierno Constitucionalista del Estado de Yucatán (República Mexicana)*, Año XIX, n. 5585, p. 378. Mérida. 22 de enero de 1916.
- (Doc.34) “LEY de Modificaciones al Presupuesto General de Egresos de la Tesorería General del Estado que regirá desde el primero de abril hasta el treinta y uno de Diciembre de mil novecientos veinte y cinco”, *Diario Oficial del Gobierno Constitucionalista del Estado de Yucatán*, año XX-VIII, Suplemento al núm. 8288, p. 4. Mérida. 31 de marzo de 1925.
- (Doc.35) “Reglamento sobre la vacunación y revacunación en los Estados Unidos Mexicanos”, *Diario Oficial del Gobierno Socialista del Estado de Yucatán*, Año XXVIII, n. 8331, p. 3. Mérida. 23 de mayo de 1925.
- (Doc.36) “LISTA Núm. 2 de las Medicinas de Patente, Especialidades y Productos de Belleza y Tocador, permitidos por el Departamento de Salubridad Pública” *Diario Oficial del Gobierno Socialista del Estado de Yucatán*, Año XXX, n. 8963, p. 2. Mérida. 14 de junio de 1927.
- (Doc.37) “POR CONSIDERARLO NECESARIO el Departamento de Salubridad Pública, se reproducen las siguientes Disposiciones relativas a la campaña contra la fiebre amarilla” *Diario Oficial del Gobierno Socialista del Estado de Yucatán*, Año XXXIV, n. 10485, p.1-2. Mérida. 3 de junio de 1932.

Referencias

- AGOSTONI, CLAUDIA. 2013. “Médicos rurales y medicina social en el México posrevolucionario, (1920-1940)”, *Historia Mexicana*, año 63, núm. 2, pp. 745-801.
- ALCALÁ, CARLOS. 2020. “Población y mortalidad en Yucatán, 1895-1917”, *Boletín Americanista*, año LXX, 1, n.º 80, pp. 127-146.

- CARRILLO, ANA MARÍA. 2002. "Economía, política y salud pública en el México porfiriano (1876-1910)", *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, vol. 9, suplemento, pp. 67-87.
- _____. 2005. "Salud pública y poder en México durante el Cardenismo, 1934-1940", *Dynamis: Acta hispanica ad medicinam scientiarumque historiam illustrandam*, núm. 25, pp. 145-178.
- CORRIGAN, PHILIP Y DEREK SAYER. 1985. *Great Arch. English State Formation as Cultural Revolution*, Basil Blackwell, Oxford y Nueva York.
- JOSEPH, GILBERT M. Y DANIEL NUGENT (EDS.). 1994. *Everyday Forms of State Formation. Revolution and the Negotiation of Rule in Modern Mexico*. Durham: Duke University Press.
- JOSEPH, GILBERT M. 1998. "La última batalla del orden oligárquico. La resistencia popular y de las elites durante el 'porfiriato prolongado' de Yucatán (1910-1915)", en: Falcón, Romana y Raymond Buve (comps.). *Don Porfirio presidente... Nunca omnipotente: hallazgos, reflexiones y debates. 1876-1911*. México, D.F., Universidad Iberoamericana, pp. 451 y 452.
- PENICHE, PAOLA. 2021. "Medicina, salud pública y modelos de desarrollo en México: del liberalismo al neoliberalismo (1880-1990)", en: Paola Peniche (ed.), *Salud pública y desarrollo regional en Yucatán. Miradas desde la antropología y la historia*. Mérida: Universidad Autónoma de Yucatán, pp. 35-65.
- PACHECO BAILÓN, FERNANDO. 2019. *Transición política en Yucatán, 1928-1934. De un sistema tradicional hacia un sistema corporativo*. Ciudad de México: LXIII Legislatura de la H. Cámara de Diputados.
- SHATTUCK, GEORGE. 1933. *The Peninsula of Yucatan. Medical, biological, meteorological and sociological studies*, Washington, Carnagie Institution of Washington.
- SOWELL, DAVID. 2015. *Medicine on the Periphery: Public Health in Yucatán, México, 1870-1960*, Lanham, Lexington Books.

Antrópica

Revista de Ciencias Sociales y Humanidades



EDITORIAL

Gabriel Angelotti Pasteur

Aniversario de Antrópica: una década de existencia y acceso libre

ARTÍCULOS ACADÉMICOS

Angélica Sobarzo Magallanes

La hermosa doncella maíz: una alianza matrimonial entre el campesino maya peninsular con su milpa

Marco Enrique Almeida Poot

El Tren Maya y sus procesos sociales: apuntes sobre los estudios de participación social y la promoción del turismo comunitario

Wilian de Jesús Aguilar Cordero, Gerardo García Gil y Javier Enrique Sosa Escalante

Ambientalismo y no gobernanza en la Reserva Ecológica Cuxtal, Mérida, Yucatán, México

Rocío Cortés Campos y Carmen Castillo Rocha

Limitaciones y dificultades de académicas para ingresar o mantenerse en el Sistema Nacional de Investigadores

Luis Alberto Suarez Rojas y Gabriela Calvo

Historia de vida como experiencia y estrategia de investigación cualitativa, a propósito de la pandemia COVID-19

Nicole Marie Anne Ooms Renard

Crónica de una especiería muy particular

LEGADO ANTROPOLÓGICO

Elina Norandi, Miguel Olmos Aguilera, Bricia Rivera Valencia, María José Iriarte Rodrigo, Luis Escala Rabadán, Nancy G. Utley García, Rafael Alarcón Acosta y Eva Palacios Pérez
In Memoriam Guillermo Alonso Meneses, "El Canario" (1964-2023): antropólogo, colega, amigo, hombre de familia

RESEÑAS

Ksenia Sidorova

REYES DOMÍNGUEZ, MARÍA DE GUADALUPE. (2022). Etnografía e investigación con niños. Debates contemporáneos. Ciudad de México, Pergamino Editora

Fernando M. Jiménez

CEJA ANDRADE, CLAUDIA (2022). La fragilidad de las armas. Reclutamiento, control y vida social en el ejército en la Ciudad de México durante la primera mitad del siglo XIX. México: El Colegio de México, El Colegio de Michoacán, Universidad Autónoma de Querétaro.

DOSSIER

Paola Peniche Moreno

Presentación dossier:

Custodias de la Salud. Historia de las Juntas de Sanidad en la salud pública y el control de epidemias

Paola Peniche Moreno

La Génesis del Proyecto Sanitario Liberal en Yucatán: Juntas de Sanidad y Comisiones de Policía Sanitaria en el Siglo XIX

Daniel Méndez Encarnación

Epidemias y medicalización en una sociedad colonial: las Juntas de Sanidad en Honduras Británica, 1882-1920

Evelia Magaña

Vigilar y controlar: la importancia de las recaudaciones de la Junta Superior de Sanidad sobre las prostitutas de Yucatán, 1891-1915

Inés Cortés Campos

Las Juntas Auxiliares de Sanidad y la salud pública en el espacio rural de Yucatán durante la Posrevolución



Contacto: revista.antropica@gmail.com

Disponible en: www.antropica.com.mx